

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie BUSSIÈRE

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Directeurs :

M. LERMOYEZ

Médecin des hôpitaux de Paris
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de
l'hôpital Saint-Antoine

P. SEBILEAU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des hôpitaux de Paris
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital Lariboisière

Secrétaires de la rédaction :

G. LAURENS

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Assistant du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital St-Antoine

E. LOMBARD

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Assistant du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital Lariboisière

Les ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX paraissent *tous les mois* et forment chaque année un volume in-8°.

Abonnements : Paris, 12 francs ; départements, 14 francs ; étranger, 15 francs. — Chacun des volumes des 27 années précédentes est vendu séparément 12 francs.

Il existe encore quelques collections complètes de ces 27 années au prix de 300 francs.

En retranchant les années 1886, 1894, 1892, le prix est de 200 francs.

Prix du numéro 2 francs.

Les publications périodiques ainsi que les communications destinées à la Rédaction doivent être adressées à M. le Dr E. LOMBARD, 56, rue de Rome, VIII^e, Paris.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à MM. MASSON et C^{ie}, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

TOME XXVIII — 1902

PREMIÈRE PARTIE

PARIS

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VI.

1902

ANNALLES

DES SCIENCES

DE L'INSTITUT DE FRANCE

DE L'ART DE L'ÉCRITURE

M. LEROUX

M. LEROUX

M. LEROUX

M. LEROUX

ANNUAIRE DES ÉCRIVAINS
DE L'INSTITUT DE FRANCE
DE L'ART DE L'ÉCRITURE
PAR M. LEROUX
Membre de l'Institut de France
Membre de l'Académie des Sciences
Membre de l'Académie des Lettres
Membre de l'Académie des Beaux-Arts
Membre de l'Académie des Sciences Morales et Politiques
Membre de l'Académie des Sciences Médicales
Membre de l'Académie des Sciences Physiques
Membre de l'Académie des Sciences Littéraires
Membre de l'Académie des Sciences Historiques
Membre de l'Académie des Sciences Philosophiques
Membre de l'Académie des Sciences Religieuses
Membre de l'Académie des Sciences Sociales
Membre de l'Académie des Sciences Politiques
Membre de l'Académie des Sciences Économiques
Membre de l'Académie des Sciences Juridiques
Membre de l'Académie des Sciences Médicales
Membre de l'Académie des Sciences Physiques
Membre de l'Académie des Sciences Littéraires
Membre de l'Académie des Sciences Historiques
Membre de l'Académie des Sciences Philosophiques
Membre de l'Académie des Sciences Religieuses
Membre de l'Académie des Sciences Sociales
Membre de l'Académie des Sciences Politiques
Membre de l'Académie des Sciences Économiques
Membre de l'Académie des Sciences Juridiques

PARIS

1881

chez M. LEROUX

10, rue de la Harpe, Paris

ANNALES
DES MALADIES DE
L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

BRULURE DU LARYNX PAR UNE PILULE
DE DUPUYTREN

Par J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon.

Le fait que je rapporte ici est assez curieux. Il est étonnant qu'il ne se rencontre pas plus souvent étant donné le grand nombre de pilules de Dupuytren prescrites à des syphilitiques. Il est vrai qu'il s'est passé dans des conditions spéciales, comme le prouve l'observation suivante.

Le 11 mars 189., un de mes jeunes confrères vient me trouver pour un accident survenu brusquement du côté de son larynx. Atteint de syphilis secondaire, il était en traitement depuis un certain temps et avait déjà pris plus de 240 pilules de Dupuytren, dosées à 1 centigramme de sublimé et à 7 à 8 centigrammes d'excipient.

Il y a quelques jours, trouvant que les pilules étaient trop volumineuses, il se fait faire des pilules plus petites dans lesquelles l'excipient n'entrait plus que pour 4 centigrammes. Le 11 mars,

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX. — XXVIII. 1

au moment où il allait prendre une pilule, il rencontre un de ses amis. Pendant la conversation, il roule dans ses doigts la pilule qu'il allait prendre, et sous l'influence de la chaleur il la ramollit considérablement. Il l'avale néanmoins ; mais la pilule, au lieu de descendre directement dans l'œsophage, s'arrête à l'entrée du côté gauche. Aussitôt il éprouve une sensation de corps étranger, et au bout de deux minutes la sensation de gêne se transforme en cuisson violente irradiée vers le cou et vers l'oreille gauche. La douleur vive dure environ dix minutes après lesquelles il se met à table et mange en ressentant une dysphagie pénible mais non très douloureuse. Après le dîner une sensation vivée d'arrêt persiste du côté gauche.

Le malade vient aussitôt chez moi, une heure et quart seulement après le début de l'accident. A l'examen laryngoscopique je constate l'existence d'un œdème opalin du volume d'une grosse graine de raisin siégeant sur l'aryténoïde gauche. La partie tuméfiée est mobile de haut en bas pendant les mouvements de phonation et de respiration. Je fais un badigeonnage avec de la cocaïne pour calmer la douleur et je conseille la diète lactée et de la glace. L'emploi du lait calme assez bien la douleur, mais la glace ne procure aucun soulagement.

L'accident était survenu le 11 à sept heures du soir. Je revois le malade le lendemain matin. La nuit a été relativement bonne, la douleur spontanée a disparu et ne se fait plus sentir que dans les mouvements de déglutition.

L'œdème est deux fois moins volumineux et la partie tuméfiée toujours flottante bascule vers l'intérieur du larynx dans les divers mouvements. La veille, alors que l'œdème était plus volumineux, les mouvements de bascule se faisaient en dehors du côté de la partie supérieure de l'œsophage. En outre, ce matin on aperçoit une escarre blanchâtre au niveau de la partie inférieure de la fossette piriforme.

Dans la soirée du 12, l'œdème a totalement disparu, je vois nettement l'escarre blanchâtre ainsi qu'une teinte blanche de la muqueuse revêtant la partie externe de l'aryténoïde. Toute la journée le malade n'a pris que des liquides. La douleur est à peu près nulle, mais la déglutition est encore gênée par l'ingestion des liquides et surtout des liquides salés.

Le 16 mars, je revois le malade, il ne souffre plus depuis la veille et, à l'examen du larynx, je ne trouve plus trace de brûlure. La lésion a donc disparu en quatre ou cinq jours.

Au mois de juillet 1899, Courtade, à la Société de laryngologie de Paris, a communiqué 2 cas de brûlure accidentelle du larynx; Dans les 2 cas, il s'agissait de tentative d'empoisonnement. Le premier cas concernait une femme qui avait bu une solution de sublimé, le second avait trait à une femme également qui avait pris une certaine quantité d'ammoniaque. Les deux malades eurent des brûlures de la gorge et du larynx, mais elles guériront sans qu'il fût nécessaire de recourir à une intervention.

De ces 2 cas, nous ne retiendrons que le premier, parce que la brûlure fût causée par le même agent chimique, le sublimé. Dans le cas de Courtade, la brûlure fut plus intense, car la dose de sublimé était plus élevée. De suite après l'ingestion du liquide, la malade ressentit une vive douleur à la déglutition et une forte sensation de brûlure dans la gorge. Quelques heures après, la voix devint très enrouée. L'accident datait de quatre jours quand Courtade examina la malade. Il trouva la moitié droite postérieure de la langue desquamée et revêtue de petites plaques blanchâtres. Le voile du palais et les piliers étaient recouverts de larges plaques à aspect diphtéroïde. Du côté du larynx, l'épiglotte était normale, mais le repli ary-épiglottique gauche était considérablement tuméfié et masquait la bande ventriculaire. Tous ces accidents disparurent en deux ou trois semaines.

D'après mon observation, on voit qu'il n'est pas toujours nécessaire d'ingérer une certaine quantité de sublimé puisque mon malade n'avait pris qu'une dose légère, dose thérapeutique qui se donne couramment dans le traitement de la syphilis secondaire. La cause de l'accident provenait de l'arrêt de la substance médicamenteuse au niveau de l'aryténoïde gauche. Le petit volume de cette pilule n'eût pas suffi pour provoquer son arrêt au niveau du larynx, mais, comme nous l'avons dit, le malade avait eu la malencontreuse idée de malaxer la pilule et de la ramollir entre ses doigts. La pilule a acquis de la sorte des propriétés agglutinatives qui l'ont empêchée d'être normalement déglutie. Alors comme le sublimé était enrobé dans une très petite quantité d'excipient, il a agi comme s'il avait été déposé à l'état pur sur la muqueuse.

Ce fait démontre qu'il est important de ne pas diminuer la dose d'excipient dans les pilules de sublimé; il prouve aussi qu'il est prudent de boire une certaine quantité de liquide après chaque pilule si l'on veut éviter des brûlures analogues dans l'estomac. Enfin, on peut aussi se demander si le dosage des pilules de notre malade avait été fait d'une manière précise.

MÉNINGITE CONSÉCUTIVE A UNE OTITE CHRONIQUE AYANT SIMULÉ UN ABCÈS CÉRÉBRAL

Par

Auguste BROCA,

chirurgien des hôpitaux,
professeur agrégé à la Faculté.

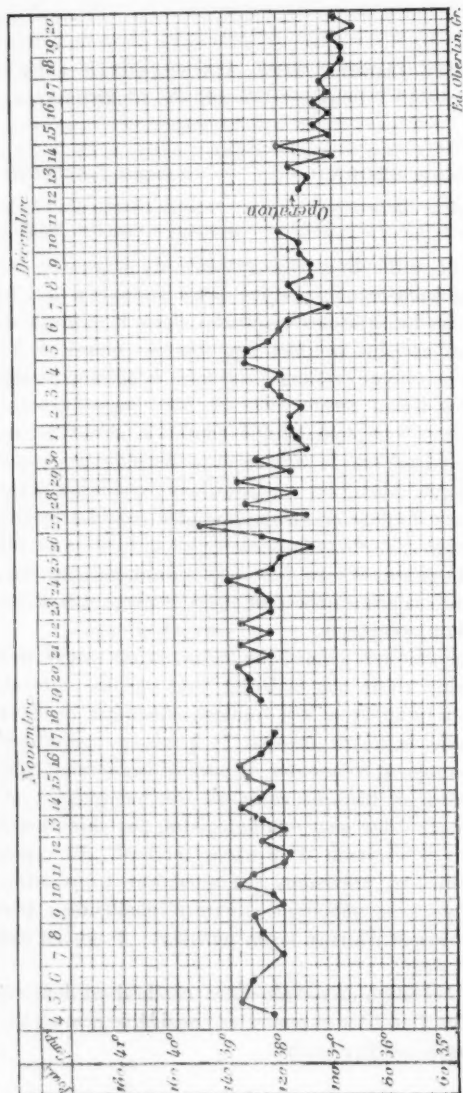
Georges LAURENS,

ancien interne des hôpitaux,
assistant à l'hôpital Saint-Antoine.

On sait la difficulté parfois extrême du diagnostic des complications endo-crâniennes des otites suppurées qui tient au manque des localisations cérébrales dans la plupart des cas. Cependant certains troubles fonctionnels conduisent à penser soit à un syndrome méningé, soit à un syndrome cérébral, ou enfin à une lésion cérébelleuse. Et, bien souvent, point n'est besoin d'une symptomatologie complète, idéale en quelque sorte, pour fixer sur la nature et le siège de la complication encéphalique. Ainsi, des modifications psychiques et intellectuelles, une douleur crânienne fixe, des troubles locomoteurs du côté opposé au foyer auriculaire, de la fièvre avec ralentissement du pouls : il n'en faut pas davantage pour croire, en pareil cas, à la probabilité d'un abcès cérébral et légitimer une intervention opératoire.

Cet ensemble symptomatique, nous l'avons trouvé réalisé au complet chez un de nos malades. Nous avons suivi chez lui l'évolution progressive des troubles cérébraux pendant plusieurs mois, la fièvre montait, le pouls se ralentissait, les chutes devenaient fréquentes, la parésie augmentait ; tout faisait craindre un brusque coma ou une hémiplegie ; de plus, les diagnostics des neuro-pathologistes, des chirurgiens concordaient : il s'agissait d'un abcès cérébral... Et cependant, malgré toutes les prévisions cliniques, une trépanation crânienne large avec ponctions cérébro-cérébelleuses : 1° ne révéla la présence d'aucun foyer purulent ; 2° guérit radicalement le malade.

Cette observation de pseudo-abcès cérébral est donc intéressante à plus d'un titre et peut être considérée comme un type de *méningite séreuse guérie*.



L'observation clinique de ce jeune malade comprend trois phases successives entrecoupées de deux opérations distinctes : 1° un évidement pétro-mastoïdien pour une cure radicale d'otorrhée avec cholestéatome et céphalée ; 2° une résection crânienne avec ponctions encéphaliques.

1^{re} PREMIÈRE PÉRIODE (OTOLOGIQUE). — a) *Début de la maladie.* — En février 1893, M. L... remarque que son fils alors âgé de 9 ans, présente une otorrhée droite. Un spécialiste traite l'enfant, régulièrement, pendant cinq ans, par des lavages et des cautérisations d'oreille : l'otorrhée ne cède pas. En outre, le jeune malade accusait fréquemment une céphalée bien circonscrite au niveau du vertex qu'il comparait à une lourdeur de tête, à un poids au sommet du crâne et qui s'exagérait à la suite de tout travail intellectuel appliquant.

En février 1898, M. Lermoyez consulté reconnaît un cholestéatome de l'oreille gauche et donne des soins otologiques pendant un an. C'est alors que : 1° en présence de la chronicité de la suppuration auriculaire, rebelle à toute thérapeutique ; 2° devant la céphalée, intermittente il est vrai, mais parfois assez intense pour interrompre le cours des études de l'enfant, la cure radicale de l'otorrhée et par conséquent du cholestéatome est conseillée.

b) *Première opération. Evidement pétro-mastoïdien* (M. Laurens). — Le 5 mars 1899, je pratique la trépanation de l'apophyse et de la caisse. L'intervention fut délicate en raison du petit volume de l'apophyse et le puits antral extrêmement difficile à creuser. Le coude du sinus latéral passait en effet au-devant de l'antre mastoïdien et n'était guère séparé que par un demi-centimètre de la paroi postérieure du conduit auditif ; d'autre part, la dure-mère était située au-dessous de la ligne temporale par suite de l'abaissement de la fosse cérébrale moyenne : ces deux organes mis à nu, mais non intéressés par la gouge constituèrent deux gros écueils à l'opération. J'en ajoute un troisième : l'ostéosclérose apophysaire. Après avoir sculpté en plein tissu éburné les parois de l'antre, petit, profond, du volume d'un pois, je fis sauter la paroi externe de l'aditus et enlevai les débris d'osselets cariés. Antre, aditus et caisse étaient remplis de cholestéatome dont la matrice tapissait les annexes de l'oreille moyenne, de pus caséeux et fétide ainsi que de fongosités. Curettage complet, section en T de la paroi postérieure du conduit membraneux, formation de deux lambeaux pour l'autoplastie de la tranchée osseuse : tels furent les derniers temps de l'opération.

Comme suites immédiates, tout se passa normalement : pas ou peu de température, la sensation de lourdeur au niveau du vertex s'atténua considérablement, les pansements furent faits très régulièrement et la cavité tympano-antrale complètement épidermée au commencement de juillet.

2° DEUXIÈME PÉRIODE (CÉRÉBRALE). — a) *Début*. — Quelques semaines après l'opération le « poids » qu'éprouvait le jeune malade au sommet de la tête augmente d'intensité ; il lui semblait, disait-il, qu'il avait, entre le crâne et le cerveau, sur le vertex, « un poids de plomb de la largeur d'une pièce de cinq francs », qui peu à peu s'élargit, devint grand comme la main et finit par recouvrir toute la calotte crânienne. Cette sensation bizarre s'exagérait fortement dès que l'enfant voulait s'occuper et tout travail tel que la lecture ou l'écriture était impossible.

A partir du mois d'août et jusqu'en décembre, apparaissent une série de symptômes cérébraux consignés au jour le jour par M. L... père, fidèlement enregistrés et qui dans leur ensemble ont constitué une étude clinique parfaitement observée et d'un grand secours pour les médecins qui ont été appelés à donner leurs soins. Tout d'abord, dans les premiers jours du mois d'août, avant de partir pour la campagne, l'enfant ressent un jour subitement une faiblesse dans la jambe gauche qui se dérobe et provoque une première chute.

Pendant août et septembre, l'enfant est en vacances, souffrant parfois de la tête, toujours en une zone bien circonscrite, mais quand la céphalée cesse, il est gai, joue avec entrain, a de l'appétit, dort tranquillement.

Au commencement d'octobre, seconde chute par faiblesse subite de la jambe gauche. Mais comme en dehors de la céphalée intermittente l'état général est parfait, l'enfant rentre au collège. On remarque vite que les leçons, l'application au travail, amènent une exacerbation de la céphalalgie et le 25 octobre, après une composition, l'enfant doit rentrer chez lui souffrant de violents maux de tête qui durèrent trois jours consécutifs. Il interrompt alors toute étude, on cherche à le distraire, il fait seul des promenades quotidiennes lorsqu'un jour, dans la rue, il ressent une faiblesse dans la jambe gauche, tombe subitement et perd connaissance. Dès lors, la famille s'inquiète, le malade ne sort plus seul et est soumis à une très sérieuse observation.

Pendant le mois de novembre les troubles cérébraux s'affirment et se précipitent. La *céphalée* augmente de fréquence et d'intensité, rarement nocturne, éclatant le matin dès le réveil, intermit-

tente, durant cinq à dix minutes ou plusieurs heures ; quand elle a disparu, l'enfant retrouve sa gaieté et joue avec entrain. Les *chutes* deviennent presque quotidiennes, quelquefois même se produisent deux fois dans la même journée, elles apparaissent subitement, sans le moindre prodrome. En circulant dans l'appartement, dans le cours d'une promenade, le jeune malade ressent subitement une faiblesse dans la jambe gauche qui fléchit, et immédiatement il tombe à terre, mais sans perte de connaissance. Quelquefois cependant avant la chute, la jambe semble « un peu lourde à traîner », après elle reste souvent engourdie. Parfois aussi il semble au malade qu'il *marche sur du coton*. En outre, presque quotidiennement apparaissent de légères poussées fébriles, une congestion vaso-motrice de la face avec refroidissement des extrémités, des *frissons*, surtout après les repas, et s'accompagnant de claquements des dents. Des *vertiges* sont fréquents et se produisent dans la position assise et même dans le lit. Enfin le malade se plaint parfois de *troubles de la vue* dans l'œil gauche, une fois il a eu des phosphènes. Tous ces symptômes ne déterminent ni troubles digestifs, ni insomnie, ils ne sont pas constants : il existe souvent un répit de quelques heures, d'un jour même, pendant lesquels il semble vivre d'une vie parfaitement normale.

Cet état inquiétant provoque au milieu de novembre une consultation des D^{rs} Ballet, Déjerine et Parinaud. M. Déjerine conclut : « à la probabilité d'une collection purulente intra-crânienne, sans qu'il soit possible, en l'absence de phénomènes localisés, d'établir actuellement le siège exact de la lésion... Il estime que pour l'instant il n'y a pas lieu d'intervenir chirurgicalement, et cela d'autant plus qu'il n'existe aucun symptôme indiquant l'urgence de l'opération. » M. Ballet porta le même diagnostic. M. Parinaud appelé à pratiquer l'examen ophtalmoscopique constata l'existence d'une stase papillaire droite.

A la suite de cette triple consultation, l'expectation fut décidée et l'enfant soumis à une observation encore plus minutieuse. Les accidents augmentent alors de gravité et d'intensité, les chutes deviennent plus fréquentes, la jambe gauche reste souvent engourdie, et une fois tombé à terre, le malade ne peut plus se servir de son bras gauche pour se relever : on constate alors une *parésie* permanente très nette du membre supérieur gauche. Des *troubles psychiques* surviennent : la perte de la mémoire par intervalles, l'hésitation et l'embarras de la parole, parfois un peu d'aphasie, de la fatigue, de l'abattement, des moments d'hébé-

tude, toute lecture est impossible et l'écriture est parfois difficile.

Le 23 novembre, apparaissent des troubles de la vue dans l'œil droit, on constate un embarras de la parole à une ou plusieurs reprises dans la journée.

Le 26, la parésie du bras gauche est plus accentuée à un moment, et le malade laisse tomber un objet qu'il tenait dans la main.

Le 30, perte de la mémoire et de la parole pendant quelques instants ; le malade laisse échapper une assiette que portait sa main gauche.

Le 1^{er} décembre, œdème léger et fugace du pied gauche. L'enfant est absorbé, a le regard fixe à plusieurs reprises.

Le 2 décembre, somnolence, sommeil déterminé par la vue d'un objet.

Le 3, douleurs dans le membre supérieur gauche, la main du même côté devient de plus en plus faible.

Le 4, légère aphasie, œdème du pied gauche.

Le 5, cauchemar pendant la nuit, le malade se figure « qu'on lui défonce la tête » ; comme tous les jours précédents : chute. Mais l'abattement, la fatigue augmentent, le regard est plus fixe, hébété. La vue diminue, les absences de la mémoire se répètent ainsi que les étourdissements.

Cet état persiste en s'aggravant jusqu'au 12 décembre, les troubles psychiques s'exagèrent, les chutes se produisent plusieurs fois dans la journée et depuis quinze jours la température oscille entre 38° et 39°.

b) *Seconde opération* (M. BROCA). — C'est le 9 décembre que, pour la première fois, le jeune homme me fut présenté et l'on me mit d'abord au courant de la longue et complexe histoire ci-dessus résumée. Je trouvai un malade marchant difficilement en raison de la parésie de la jambe gauche, prenant mal un objet de la main gauche, parlant lentement, répondant aux questions avec paresse et se plaignant d'une céphalalgie tenace au vertex. Du côté de l'oreille existait un évidemment pétro-mastoidien parfaitement cicatrisé ne donnant plus trace d'écoulement purulent ; la pression sur le squelette tout autour de l'oreille était tout à fait indolente. Il n'y avait rien d'anormal du côté de la veine jugulaire au cou.

Dans les phénomènes qui se déroulaient depuis plus de quatre mois, je fus d'abord frappé de ce fait qu'ils s'étaient certainement accompagnés depuis longtemps de fièvre ; car dans les notes re-

levées au jour le jour par M. L..., il est, depuis août, fait mention de frissons, de rougeur de la face le soir après dîner. Et depuis le 4 novembre, la température prise avec régularité démontre une hyperthermie manifeste. Du 4 au 25 novembre, elle a oscillé entre 38° et 39°, et si du 25 novembre au 9 décembre elle est en moyenne un peu moins élevée, descendant souvent le matin au-dessous de 38°, jamais elle n'a été réellement normale même un seul matin : le minimum a été 37°4 le matin du 26 novembre ; le lendemain matin 27, elle marquait 39°3. Cette température jointe aux frissons, à la parésie gauche progressivement aggravée, aux vertiges avec chutes de plus en plus fréquentes, à la légère névrite optique me fit conclure à un abcès intra-crânien. Cette évolution eût été plus que bizarre pour une phlébite du sinus dont je ne trouvais d'ailleurs aucun signe et je ne connaissais pas ce genre de méningite. Tout allait bien, au contraire, avec un abcès, y compris le ralentissement du pouls qui, malgré l'hyperthermie, battait de 60 à 70° plein, régulier.

Ce diagnostic confirmait en somme celui de mes collègues Déjerine et Ballet. La différence fut que j'affirmai très nettement la nécessité d'une intervention opératoire. Nous savons en effet que pour les abcès otiques du lobe temporal le seul signe de localisation est l'aphasie sensorielle laquelle ne peut exister que dans les lésions du lobe gauche : or, ici il s'agissait de l'oreille droite, et dès lors il fallait renoncer à tout symptôme mieux précisant. Et contrairement à la consultation écrite de Déjerine qui m'était remise, je pense que quand on peut diagnostiquer dans quel hémisphère siège un abcès cérébral, que même en l'absence de trouble paralytique, nous sommes assez instruits par nos connaissances anatomo-pathologiques pour savoir que ces abcès occupent presque toujours, soit le lobe temporal, soit le lobe droit du cervelet et que, dès lors, les symptômes diffus d'hypertension intra-crânienne sont une indication opératoire suffisante.

Je conseillai donc l'opération, et comme depuis quelques jours les crises se répétaient, je recommandai de ne pas attendre.

M. L..., père me quitta à peu près décidé mais demandant encore à réfléchir. Le 11 décembre, au soir, il vint me prier de fixer d'urgence l'opération au lendemain ; depuis le matin l'assoupissement était continu, le jeune homme ne pouvait se tenir debout.

J'opérai le 12 décembre, à quatre heures du soir, éclairé par une lampe frontale de Trouvé. J'étais aidé par mes amis les Dr^s Laurens et Demoulin : ce dernier qui avait soigné l'enfant

quelques années auparavant pour une ostéomyélite atténuée du pubis avait bien voulu me confier le bistouri.

Je fis donc sauter le plafond de l'aditus et de la caisse, puis j'agrandis à la pince-gouge la brèche à la fois en haut vers la fosse temporale et en arrière du sinus vers l'occipital. La dure-mère ainsi largement mise à nu me parut normale d'aspect avec un sinus normal. En la palpant, je la sentis partout battre avec régularité. Néanmoins, sachant que ce signe est infidèle, je l'incisai et je vis apparaître l'écorce cérébrale tout à fait saine d'apparence, partout souple. Je ponctionnai dans diverses directions le lobe temporal d'abord puis le cervelet mis à nu, ponctions faites, non au trocart, mais au bistouri et à la sonde cannelée. Je n'obtins pas une goutte de pus, mais à une des ponctions du cerveau un jet insolite de liquide céphalo-rachidien fit issue le long de la rainure de la sonde cannelée, probablement enfoncée dans la corne postérieure du ventricule latéral.

Je ne crus pas prudent d'aller plus loin à la recherche d'un abcès auquel je continuais à croire, mais qui certainement n'existait pas au lieu d'élection, et je terminai par un tamponnement à la gaze iodoformée.

Ma surprise fut grande en trouvant, dès le lendemain matin, un malade considérablement amélioré, ne souffrant plus de la tête, répondant aux questions bien mieux que la veille. Le fait le plus remarquable fut la chute rapide de la température : il y eut encore le 13 et le 14, de 37° à 38°, mais à partir du 15, le thermomètre ne marqua pas plus de 37°, et depuis cette date la température prise avec beaucoup de persévérance a toujours été normale.

Au bout d'une dizaine de jours, le malade se leva. Couché ou debout il n'eut plus jamais de chutes, de pertes de connaissance. La parésie s'amenda peu à peu, les forces revinrent. La cicatrisation fut complète en trois mois environ, et depuis elle ne s'est pas démentie.

Le retour de l'aptitude au travail a été très lent. Peu à peu le jeune homme a repris goût à ses occupations ; mais pendant des mois il n'a guère été capable que de jouer avec des soldats de plomb d'abord pendant peu de temps, puis pendant des heures.

J'ai eu de ses nouvelles et je l'ai revu à diverses reprises : de mois en mois avaient lieu des progrès lents et continus.

3^e TROISIÈME PÉRIODE. *Guérison.* — Nous avons revu le jeune malade en juillet 1901, c'est-à-dire vingt mois après l'opération et avons constaté alors :

a) Un état général parfait ; le jeune homme est devenu un sujet de haute taille (1^m,80) et a acquis un poids de 80 kilos ;

b) La disparition de la céphalée ; cependant la sensation de poids de la dimension d'une pièce de 5 francs au niveau du vertex persiste comme avant la première opération ;

c) Le travail intellectuel est possible. Le jeune homme, très intelligent, est en Angleterre depuis près d'un an, a appris et parle couramment l'anglais ;

d) L'ouïe est relativement bonne du côté opéré. La voix basse est perçue à (1^m,50) ; la voix haute de conversation est entendue à plus de 6 mètres ;

e) La parésie du bras gauche persiste encore ;

f) Le souvenir des événements qui ont précédé la deuxième opération a disparu, il y a à ce point de vue amnésie complète.

Enfin, à la fin de novembre 1901, deux ans après l'intervention nous avons eu par M. L... père, des nouvelles de son fils actuellement élève dentiste à Londres. Notre ancien malade est aussi vigoureux que possible, travaille de neuf heures du matin à cinq heures du soir, va à pied à son travail et en revient, ce qui lui fait chaque fois près d'une heure de marche, il constate seulement dans sa dernière lettre combien il est « heureux de vivre ». Il ne ressent plus aucune faiblesse dans la jambe gauche. La main correspondante est un peu plus faible mais s'adapte parfaitement aux exigences de la profession de dentiste, y compris le travail à l'atelier de prothèse. Il n'a plus de maux de tête.

RÉFLEXIONS

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est incontestablement l'absence d'abcès cérébral quoique les symptômes eussent conduit à ce diagnostic tous ceux qui, neurologistes, auristes et chirurgiens, avaient examiné le malade. L'un de nous a fait récemment à la Société de chirurgie (séance du 6 novembre 1900) un rapport sur une observation analogue de M. Imbert (de Montpellier) ; la différence avec notre fait est qu'il s'agissait d'une otite moyenne aiguë avec accidents cérébraux rapidement graves, 39°,5, céphalalgie, vomissements, troubles visuels ; la ressemblance est que, l'abcès cérébral

n'ayant pas été trouvé dans le cerveau largement mis à nu, dès le lendemain les troubles avaient cessé et le malade guérit. A ce propos, M. Tuffier a dit avoir observé une jeune fille chez laquelle, de concert avec MM. Lucas-Championnière, G. Ballet, Brissaud, Brun, Gilbert, il avait diagnostiqué un abcès du cerveau : la recherche fut infructueuse mais amena la guérison.

La seule hypothèse qui nous paraît capable d'expliquer les faits de ce genre est d'admettre que certaines formes curables de méningite consécutive aux otites peuvent simuler l'abcès. Les formes curables, incomplètes, de la méningite otique sont connues depuis assez longtemps ; nous ne parlons pas ici des suppurations localisées prenant les méninges et l'écorce cérébrale au contact du rocher, nous parlons de cas où, sans formation de pus dans le crâne, il y a ce qu'on a appelé du « méningisme » et qui cède au drainage large de l'apophyse et de la caisse ⁽¹⁾. Et, déjà plusieurs auristes, — nous rappellerons des faits de Joel, Guye, J. Black, Schwartz, — ont été incités par la gravité et la netteté des symptômes à aller plus loin, à mettre à nu et à ponctionner le cerveau : ils n'ont rien trouvé même pas une apparence extérieure d'inflammation dans les méninges congestionnées et leurs malades ont guéri.

Dans notre observation, l'issue anormalement abondante de liquide céphalo-rachidien quand la sonde cannelée nous sembla pénétrer dans la corne postérieure du ventricule latéral nous paraît avoir quelque intérêt. Il est bien connu aujourd'hui que certaines méningites, en principe curables, sont, en pratique mortelles, parce qu'elles engendrent une hydrocéphalie aiguë qui, dans une boîte crânienne inextensible, cause des troubles mécaniques incompatibles avec la vie : si on supprime cette action mécanique on peut permettre à la méningite d'évoluer favorablement. Ces faits ont pu être étudiés d'assez près depuis l'emploi de la ponction lombaire. Quant à la distension localisée par méningite très probable, d'une corne ventriculaire, nous pouvons rapprocher de notre obser-

(1) Voir sur ce sujet : A. BROCA et P. MAUBRAC, *Traité de chirurgie cérébrale*, Paris, 1896, p. 276.

vation l'histoire fort intéressante d'une fillette de dix ans, opérée par Mayo Robson : après une otite aiguë ayant débuté le 19 décembre 1888, l'enfant fut admise à l'hôpital le 19 janvier 1889 avec 40°,5, la nuque rigide, des secousses convulsives de la commissure labiale droite avec hémiparésie droite, de la céphalalgie gauche, de la névrite optique. L'hémiparésie s'aggrava vite, s'accompagnant d'aphasie et, le 7 février 1889, Mayo Robson trépana sur le centre brachial ; dans l'espoir de trouver du pus, il ponctionna le cerveau privé de battements et, après plusieurs ponctions infructueuses, il enfonça le trocart jusque dans le ventricule latéral. Une demi-once de liquide clair s'écoula et les pulsations cérébrales reparurent. Dès le lendemain quelques mouvements revinrent, dans le bras d'abord ; au bout de trois jours, l'enfant pouvait répondre aux questions simples ; au bout d'un mois, les symptômes paralytiques avaient disparu et, six mois plus tard, l'opérée était revenue très bien portante.

Ce fait, joint au nôtre, nous donne à penser que quand on recherche un abcès cérébral, il ne faut pas trop s'étonner, — comme on le savait déjà, — si on ne trouve pas de pus ; mais il nous enseigne que la ponction cérébrale est le complément tout à fait indiqué de l'exploration du cerveau. En effet, elle n'aggrave pas l'intervention, elle est indispensable quelquefois pour trouver un abcès, enfin, dans certaines méningites avec hydrocéphalie ventriculaire limitée, elle peut avoir une valeur curatrice propre.

On peut se demander si, en pareil cas, la ponction lombaire ne serait pas aussi efficace : elle a, en effet, permis de guérir diverses méningites. Certainement on peut l'essayer, mais d'abord elle risque, par une amélioration temporaire, de faire perdre un temps précieux, s'il s'agit d'un abcès. En outre, il est possible que certaines de ces hydropisies ventriculaires soient enkystées par oblitération inflammatoire du trou de Monro.

UN CAS DE PYOHÉMIE OTOGÈNE THROMBO-PHLÉBITIQUE

Par **Marcel LERMOYEZ**

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La séduction qu'exerce sur les âmes vraiment chirurgicales une statistique bien nourrie de pourcentages heureux et habile à masquer l'aléa opératoire derrière la coïncidence regrettable de quelques morts, à point médicales, ne doit cependant pas nous rendre insensibles à l'attrait d'une observation, complète en soi, et dont la critique peut être menée avec assez d'intérêt pour lui faire pardonner de ne point mettre d'arithmétique dans sa nosographie. C'est de cet éclectisme que je m'autorise pour rapporter ici l'observation isolée d'un fait maintenant devenu banal : d'un cas de pyohémie otogène, opéré à temps, et guéri.

..

Lorsque, le 9 mai 1901, le nommé Frédéric F..., âgé de 25 ans, fut admis dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine, les accidents auriculaires dont il était atteint dataient de deux mois. En mars, de violentes douleurs étaient apparues dans l'oreille droite, et avaient bientôt été suivies d'un écoulement de pus. Jamais cette oreille, — et le malade est très affirmatif sur ce point, — n'avait antérieurement présenté quelque trouble que ce fut. Il s'adressa alors à la Clinique otologique des Sourds-Muets ; on lui prescrivit des instillations d'alcool boriqué, et bientôt l'écoulement cessa. Cependant, de temps à autre, une douleur sourde attirait son attention sur l'oreille.

Le 1^{er} mai, les douleurs reparurent intenses, et en même temps

la mastoïde rougit et se tuméfia un peu ; l'écoulement recommença.

Voici les constatations faites à la visite du 10 mai.

Assez bon état général : cependant, le malade garde le lit, ayant eu TR = 38°5, la veille au soir. Malgré cela il se sent bien, et demande à manger et à se lever ; il ne souffre plus de son oreille depuis la reprise de l'écoulement.

La mastoïde droite est un peu rouge, masquée à sa pointe d'un léger œdème qui empiète quelque peu sur le cou ; deux points sont douloureux à la pression, sur l'antre et à la pointe ; le bord postérieur de l'apophyse n'est pas sensible.

Dans le conduit, un gros polype jeune, derrière lequel on croit deviner un abaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit, masque le tympan. Très peu de pus.

Ajoutons que le labyrinthe droit semble indemne : pas de vertige, bonne perception osseuse de la montre, Weber latéralisé du côté suppurant.

Rien à l'oreille gauche, ni au pharynx nasal. Aucun trouble morbide dans le reste du corps.

Le diagnostic semble alors évident. Il y a une otite purulente aiguë, âgée de deux mois, avec antrite par rétention de pus, ce qui explique l'hyperthermie légère et la réaction mastoïdienne. Séance tenante : ablation du polype, et large paracentèse du tympan, par laquelle le Politzer fait sortir une grande quantité de pus fétide ; glycérine phéniquée ; drainage soigneux à la gaze stérilisée ; pansement occlusif.

Le lendemain, l'amélioration est notable. Les douleurs spontanées ont presque totalement disparu ; œdème et douleur à la pression ont bien diminué ; l'écoulement est abondant, mais constitué par du pus filant, sans odeur. Cependant, la température vespérale se maintient à TR = 38°5.

Le 13 mai au matin, je trouve au malade l'aspect un peu grippé, bien qu'il déclare se sentir très à l'aise. Or, la surveillante m'apprend que pour la première fois il a eu, hier soir, un grand frisson ; et ce matin : TR = 39°6, et P = 120. Localement, aucun symptôme nouveau ; le cou est souple, les téguments mastoïdiens normaux ; à peine de douleur à la pression apexienne. Cependant, instruit par l'expérience de cas semblables, je sais ce que veut dire ce frisson ; et n'ayant heureusement pas derrière moi famille, ni médecin, désireux de perdre quelques jours en classique expectation, je me décide à intervenir séance tenante.

Trépanation au lieu d'élection ; traversée d'une zone osseuse

saine, mais très congestionnée ; l'apophyse est diploétique. Arrivée dans une cavité centrale, assez grande, pleine de fongosités jeunes, mais sans rétention purulente. Ouverture large et grattage de l'antre, dont les parois ne montrent pas d'ostéite. La trépanation mastoïdienne est alors continuée, d'abord en arrière, vers les cellules postérieures, puis vers la pointe, à la recherche d'un foyer qui puisse expliquer le frisson ; nulle part il n'y a de zone d'ostéite, et aucune fistule ne se montre qui conduise le stylet en profondeur.

Je me décide alors à mettre à nu le sinus latéral. La gouge, qui va à sa rencontre, ouvre une cavité d'où sort brusquement une saignée brunâtre, extrêmement fétide. La brèche osseuse, bien agrandie à la pince coupante, fait constater que j'ai ouvert un abcès intra-sinusal, et que le fond de la cavité est constitué par la paroi profonde du sinus latéral, épaisse, lardacée, verdâtre. Nettoyage sérieux de ce clapier ; tentatives infructueuses pour extraire le caillot qui occupe le bout central du sinus ; et cathétérisme à la sonde cannelée du bout postérieur, jusqu'à production d'une hémorrhagie abondante, qui entraîne tout le caillot qui l'obstrue. Une longue mèche de gaze iodoformée forte est introduite aussi profondément que possible dans ce bout postérieur du sinus pour assurer l'hémostase ; la plaie mastoïdienne est laissée ouverte, sans sutures.

14 mai. — La température était dès hier soir déjà presque revenue à la normale. TR = 37°8.

15 mai. — Hier soir, deuxième grand frisson, de courte durée ; une heure après : TR = 39°6. Cependant l'état général paraît bon ; il n'y a pas de douleurs locales. Prescription d'une forte dose de calomel, en cas possible d'embarras gastro-intestinal, chose fréquente chez nos opérés.

16 mai. — Malgré cela, encore hier soir : TR = 38°8, et ce matin : TR = 37°6. Eu égard à la persistance de la température « en aiguilles » et aussi à cause du deuxième frisson, malgré le bon état général apparent du malade et le bien-être qu'il déclare éprouver, je présume que l'infection purulente continue à évoluer ; et j'obtiens du malade qu'il m'autorise à faire une nouvelle opération, qui se propose de lier sa jugulaire interne.

Seconde opération. Découverte de la jugulaire interne droite dans toute la hauteur du cou. La veine est petite, mais à parois saines et bien distendues de sang liquide ; elle se remplit facilement, aussi bien de bas en haut que de haut en bas. La situation très élevée de l'abouchement du tronc thyro-linguo facial m'oblige

à interrompre la veine au-dessous de son embouchure ; je résèque donc, entre deux doubles ligatures, toute l'étendue du vaisseau entre ce confluent et l'entrée du médiastin. Une éraillure accidentelle, survenue au cours de cette manœuvre, m'oblige à jeter deux ligatures de sûreté, l'une sur le tronc thyro-linguo-facial lui-même, l'autre sur la jugulaire au-dessus de ce tronc : car, par cette fissure, le bout supérieur du sinus se met à saigner si abondamment, qu'on s'étonne que le sinus pétreux inférieur puisse suffire à rétablir aussi bien la circulation veineuse du crâne, interrompue au sinus latéral. Puis, réunion immédiate de la plaie cervicale, sans drain.

A la mastoïde : plaie en bon état ; pas de rétention purulente ; on ne touche pas à la mèche qui ferme le sinus en arrière.

17 mai. — Hier soir : TR = 40°1. Ce matin : TR = 39°6. Pas de gonflement, pas d'œdème de la moitié droite de la face ; pas de céphalée ; aucun trouble intellectuel. Deux injections sous-cutanées, par jour, de 250 grammes de sérum faible.

18 mai. — Troisième grand frisson hier soir. L'état général reste assez bon, malgré quelques troubles digestifs. Conjonctives subictériques ; foie assez gros, mais non douloureux à la pression.

19 mai. — Quatrième grand frisson hier après midi. TR = 39°8, une heure après. Diarrhée fétide. Urines épaisses, sans albumine. Nulle part on ne constate encore d'abcès métastatique en formation.

Les résultats des examens bactériologiques sont les suivants :

- a) Dans le pus du foyer sinusal : infection polymicrobienne.
- b) Dans le sang du fragment de jugulaire interne, réséqué entre deux ligatures : streptocoque excessivement abondant, à l'état de pureté ;
- c) Dans le sang, puisé hier au coude, dans la veine basilique : pas de microbes (coloration, cultures, etc.).

20 mai. — TR = 40° hier soir. Ce matin, pansement sous chloroforme. Le cou, à droite, est rouge et fortement tendu. On fait sauter toutes les sutures ; il sort un flot de pus ; ce qui n'a rien d'étonnant, la plaie cervicale ayant été infectée, malgré nos précautions, par le sang streptococcique sorti par l'éraillure de la jugulaire. Toute la cavité est soigneusement explorée à la sonde cannelée ; par en bas, pas de fusée ; par en haut, on essaie, sans résultat, d'établir une communication avec la plaie mastoïdienne. La large cavité du cou est alors simplement drainée à la gaze iodoformée, après grand badigeonnage de teinture d'iode. Plaie mastoïdienne assez belle ; pas de pus retenu, ni dans l'antre, ni

au niveau du sinus. Cependant, quelques gouttes de pus fétide imprègnent la mèche laissée dans le conduit auditif.

21 mai. — Hier soir, cinquième et violent frisson très prolongé, d'une durée de quinze minutes, pendant lequel le malade est très cyanosé. Cependant, la température tend à baisser. Ce matin : TR = 38°8. Le malade n'accuse aucun malaise ; son aspect est bon : tel l'aspect matinal des pyohémiques. Le foie a repris son volume normal.

24 mai. — Il n'y a plus eu de frisson. Depuis trois jours, la température baisse progressivement ; et, ce matin, TR = 37°3, pour la première fois depuis l'entrée du malade à l'hôpital. La plaie du cou, toujours pansée à la gaze iodoformée, se comble régulièrement. Plaie mastoïdienne convenable ; la mèche qui tamponne le bout postérieur du sinus latéral est prudemment retirée : à sa suite, il ne coule ni pus, ni sang.

25 mai. — Température normale. Bon état général.

27 mai. — La fièvre reparait, mais cette fois avec un type irrégulier, qui n'est pas dans les allures de la septicémie. Hier : le matin, TR = 39°5 ; le soir, TR = 39°. Ce matin, TR = 38°4. Pas de frisson pour annoncer ce retour de la fièvre ; les deux plaies sont en bon état.

29 mai. — Tout le bénéfice obtenu par les deux opérations est en train de se perdre. La température rectale est très élevée, sans régularité, sans frisson. Maintenant, le malade, qui jusqu'alors avait accusé bien-être et bonne mine, maigrit et cachectise ; la langue se rôtit, la peau devient sèche et flasque ; diarrhée fétide abondante sans vomissements.

Rien à l'oreille ni au cou n'explique cette rechute. Aucun abcès métastatique. Nul signe qui permette de supposer une complication intra-crânienne. Auscultation du thorax négative ; tout au plus un peu de tachycardie, avec faiblesse du premier bruit. Foie et rate normaux.

30 mai. — L'interne en pharmacie du service, chargé d'examiner les urines me fait passer la note suivante : pas d'albumine, pas de sucre, *iode en notable quantité*. Ce renseignement éclaire brusquement notre diagnostic ; ces troubles inexplicables s'expliquent aisément par l'hypothèse d'une intoxication iodoformée.

De fait, voici qui le prouve.

31 mai. — Hier à midi, la gaze stérilisée a été substituée à la gaze iodoformée dans les deux cavités opératoires. Dès hier soir, TR = 37°6 ; ce matin : TR = 37°3.

3 juin. — La température est restée normale depuis quatre jours. L'état général s'améliore rapidement. On fait alors, à titre d'expérience, un large badigeonnage de la plaie avec la teinture d'iode ; le soir même, TR = 38°3.

A partir de ce jour, on s'abstint de ne jamais introduire dans les pansements ni iode, ni iodoforme, et jamais plus la fièvre ne se reproduisit.

13 juin. — Le malade quitte l'hôpital pour reprendre son travail, sur sa demande, ayant encore : 1° une plaie cervicale plate ; 2° un écoulement purulent fétide du conduit, avec polype descendant de l'aditus ; 3° une cavité mastoïdienne à tendance fistuleuse.

Mais pendant tout l'été il vint régulièrement au pansement. Longtemps persista une fistule rétro-auriculaire, entretenue par un foyer d'ostéite profond. L'absence de tout signe inquiétant, et le refus formel du malade de se prêter à une troisième intervention, nous fit abandonner toute idée d'une ouverture complémentaire de l'aditus et de l'attique. Bien nous en prit. Fin novembre, la cavité mastoïdienne est tout à fait comblée, sans fistule ; le conduit sec montre un tympan gris, sans perforation ; au cou est une longue cicatrice linéaire, qui ne gêne aucun mouvement.

Il y a aujourd'hui déjà trois mois que cette guérison se maintient.

* *

Le fait brut, qui, en premier lieu, se dégage de cette observation, est la guérison radicale du malade. Nous savons, certes, que la thrombo-phlébite du sinus latéral n'a plus, depuis les travaux de Zaufal, son ancien pronostic d'incurabilité ; mais ce que nous savons ou, du moins, ce que nous avouons peu, c'est qu'en cette matière, nos résultats opératoires sont beaucoup moins bons que ceux de nos collègues étrangers ; et j'ai eu, pour ma part, le regret de perdre un certain nombre de malades de ce genre que j'ai été appelé à soigner. La raison en doit être surtout recherchée dans cet instinctif penchant à l'expectation qui est une des caractéristiques de notre médecine nationale, et qui vraiment doit entrer en ligne de compte dans les facteurs de notre dépopulation. Or, dans l'espèce, compter sur la collaboration de la

nature pour sauver la situation est pour le médecin une illusion, pour le patient, une condamnation. La médecine générale ne nous adresse ordinairement les septicémies otogènes que quand elle a perdu un temps précieux en diagnostics hésitants, et en tentatives thérapeutiques, néfastes par leur durée : ici, perdre du temps équivaut à perdre des malades. J'aurais peu d'efforts de mémoire à faire pour en citer des exemples personnels. Ainsi, tel malade, entré dans un service de médecine à l'Hôpital N., avec une fièvre septique irrégulière, ballotté pendant quinze jours entre les diagnostics classiques de dothiéntérie et de granulie, persiste à ne point s'affirmer ; au bout de ce temps, changement de médecin : on fait le séro-diagnostic, qui donne un résultat négatif, et en cherchant on s'aperçoit qu'un écoulement de pus par l'oreille existe depuis le début des accidents. Au dix-huitième jour seulement, l'oreille est mise en cause, et le malade dirigé sur mon service. On l'opère séance tenante ; on trouve une thrombophlébite du sinus ; on lie la jugulaire thrombosée... peines perdues : la mort survient malgré tout par le développement de cette pyohémie, traitée d'abord par trois semaines d'expectation.

Autre exemple funeste de tergiversation médicale. Une fillette, au dixième jour d'une otite muco-purulente d'apparence bénigne, est prise tout d'un coup d'une fièvre violente à grandes oscillations. Deux jours sont perdus à diagnostiquer une scarlatine et à attendre une éruption qui ne paraît pas ; deux autres jours utilisés à surprendre les manifestations pulmonaires d'une grippe, supposée en second lieu ; puis encore un jour se passe, consacré au séro-diagnostic ; ce n'est qu'au bout de huit jours, que, soutenu de l'autorité de mon ami Lubet-Barbon, j'arrive à faire accepter le diagnostic de pyohémie otogène. J'obtiens d'opérer l'enfant au dixième jour de la fièvre, bien trop tard ; ni l'ouverture large du sinus latéral thrombosé, ni la ligature de la jugulaire n'empêchent la mort. Anglaise ou Allemande, cette enfant eût peut-être été guérie.

La chance qu'a eu le sujet de l'observation actuelle, c'a été d'avoir été d'emblée hospitalisé dans un service d'otologie,

où tout naturellement l'oreille attire d'abord le diagnostic ; et d'avoir pu être ainsi opéré moins de douze heures après son frisson initial.

Or, une intervention aussi précoce nous a-t-elle montré des lésions sinusales au début ? Pas le moins du monde ; elle nous a au contraire révélé des altérations déjà très avancées. Alors que cliniquement le malade semblait n'avoir passé de l'otite à la pyohémie que depuis une nuit, anatomiquement il portait depuis bien plus longtemps les lésions mères de l'infection purulente, latentes. Certainement, alors que huit ou dix jours auparavant cet homme, tout en souffrant de l'oreille, avait pourtant assez peu de réaction locale et générale pour pouvoir continuer à se livrer à ses occupations, et que, vis-à-vis d'un observateur compétent, il ne semblait présenter qu'une otite avec menace de mastoïdite, en réalité il avait dans un sinus latéral un caillot en voie de ramollissement purulent, presque déjà tel qu'il apparut le 13 mai, alors que je trepanai le sillon sigmoïdal.

Si donc chronologiquement, les lésions évoluaient parallèlement aux symptômes, ce serait déjà une faute grave pour un médecin que de maintenir en expectation un oto-pyohémique avec cette douce illusion que les choses vont pouvoir s'arranger d'elles-mêmes ; mais, comme généralement il se trouve que les symptômes retardent beaucoup sur la lésion, les dangers de l'attente en sont accrus, et aggravent la responsabilité qu'endosse de ce fait toute obstruction thérapeutique.

Retenons donc ceci, qu'il en est, au moins au cours des otites aiguës, du sinus latéral comme de la mastoïde : ses lésions sont toujours beaucoup plus accentuées que ne le croit l'auriste, même prévenu.

*
* *

Deuxième point intéressant.

Laurens dit dans son rapport sur la septico-pyohémie otitique, le meilleur travail français sur cette question (1901), que les septico-pyohémies par thrombo-phlébite du sinus recon-

naissent presque toujours pour cause une otorrhée chronique, avec vastes lésions osseuses et dénudations fréquentes du sinus, tandis qu'au cours des otites aiguës se montre surtout la septicémie, sans participation des gros canaux veineux.

Mon observation semble contredire cette assertion ; en réalité, elle la confirme, et voici pourquoi.

La pathogénie ordinaire des thromboses sinusiennes est ordinairement la suivante : ostéite de la paroi postérieure de l'antre, nécrose de la table interne, large perforation du sillon sigmoïdal, qui met pendant longtemps le sinus dénudé au contact du foyer mastoïdien ; le sinus supporte d'abord bien ce voisinage, puis à la longue réagit, en épaississant sa paroi externe ; la périphlébite se constitue, et l'irritation progresse lentement vers le centre du vaisseau ; l'endophlébite apparaît, et le caillot se forme alors, qui bientôt s'infecte. Mais de telles lésions sont très lentes à se faire : cette infection oto-sinusale par *contiguité* n'a le temps d'évoluer qu'au cours des lentes otorrhées chroniques.

Au cours des otites aiguës, nous dit Laurens, l'infection septicémique otogène se fait par *continuité*. Toute la circulation veineuse de l'antre, des cellules mastoïdiennes et de l'apophyse se résume en petits vaisseaux, qui perforent la gouttière sigmoïdale et se jettent perpendiculairement dans le sinus latéral. Ces veinules portent le pus de l'oreille moyenne au sinus ; et comme il n'est pas besoin pour cela d'effraction osseuse, toujours lente à se faire, le transport de ces germes s'effectue avec une grande rapidité, par ces voies veineuses toujours prêtes à les charrier, aussi rapidement que peuvent se constituer les thrombo-phlébites péri-utérines, au cours de l'infection puerpérale. Ainsi naît la septicopyohémie dans les otites purulentes aiguës, malgré le peu de temps que celles-ci mettent à leur disposition. Kœrner pense que seules ces veinules intra-osseuses peuvent être thrombosées et que le sinus n'est point altéré par les germes qu'elles y déversent. Leutert prétend, au contraire, qu'il en résulte une thrombose pariétale intra-sinusale. Mais il n'est pas impossible non plus que la coagulation intra-sinusale soit totale (Politzer) : et ainsi, au cours de l'otite aiguë, peut se montrer la thrombo-

phlébite oblitérante du sinus, sans lésions osseuses perforatives.

Et c'est bien ainsi que les choses se sont passées dans l'observation que je rapporte. La trépanation montra que le sillon sigmoïdal, ouvert de propos délibéré, était limité de toutes parts par une corticale interne saine, doublée en dehors d'une couche de fines cellules apophysaires, saines également ; donc pas d'ostéite péri-sinusale, encore moins de fistule sigmoïdale. Mais sur les fragments réséqués de cette paroi, on voyait nettement, à travers les fissures et les lacunes vasculaires normales, des travées conjonctives épaisses, qui venaient s'épanouir en bourgeons à l'intérieur de l'abcès intra-sinusal. Il est vraisemblable que le sinus a été infecté par cette voie veineuse ; d'emblée, il y a eu endo-phlébite, coagulation totale, suppuration et destruction de la paroi du sinus de dedans en dehors : processus dont la pathogénie rapide s'accorde bien avec l'évolution précipitée des otites aiguës.

* *

Trois jours après l'ouverture du foyer sinusal, j'ai cru devoir lier la jugulaire interne, car les frissons continuaient.

On sait, assez pour que je n'aie pas besoin d'y revenir, la querelle des ligaturistes et des anti-ligaturistes — car il faut que sur toute chose l'homme dispute — querelle que Laurens a exposée dans son rapport auquel je faisais allusion plus haut. Pour ma part, je suis, en principe, radicalement ligaturiste. Découvrir au cou la jugulaire interne et en réséquer une partie entre deux ligatures, est une opération souvent facile, assez courte, et en tous cas absolument inoffensive pour le malade, si bien conduite. Je lui vois, quoiqu'on en dise, l'avantage de barrer au microbes, partis du foyer sinusal, la grande route qui mène au cœur. Je sais bien que d'autres voies collatérales restent ouvertes à la diffusion de l'infection ; mais parce qu'on ne peut faire tout, est-ce une raison pour ne rien faire ? En temps d'invasion, la ville menacée ferme d'une barricade la rue principale par où vient l'envahisseur ; parce que celui-ci la pourrait tourner par des chemins de traverse, est-ce une rai-

son pour qu'elle y renonce ? Et voyez donc quelle tranquillité donne à l'auriste la ligature préalable de la jugulaire, pour ouvrir ensuite le sinus, sans avoir à craindre à tout moment qu'une embolie cruorique ou aérienne vienne interrompre, avec la vie, son opération.

J'ai l'habitude de procéder comme il suit. Dans un premier temps opératoire, la mastoïde est ouverte, et le sinus largement découvert. S'il est reconnu malade, on ne l'ouvre pas encore, mais on protège la plaie par un pansement provisoire, et on passe au second temps, qui est la ligature de la veine jugulaire interne faite aseptiquement, et avec d'autres instruments que ceux qui viennent de servir à l'oreille ; puis, suture immédiate sans drainage, et collodion. Cela fait, on passe au troisième et dernier temps : on se reporte à la mastoïde ; on ouvre et nettoie le sinus latéral, tout à son aise.

Il est vrai que, dans le cas actuel, je n'ai pas procédé ainsi ; mais parce qu'en faisant sauter la corticale interne, pour découvrir le sinus, j'ai été surpris par les lésions, qui d'emblée m'ont conduit dans la cavité sinusale abcédée.

On m'accordera, tout au moins, que chez mon malade la ligature de la jugulaire a été tout à fait inoffensive, puisque, bien que le tronc thyro-linguo-facial ait dû être lié, aucun trouble de circulation de la face, aucun symptôme d'œdème cérébral ne s'est manifesté.

D'ailleurs, dans tous les cas où j'ai eu l'occasion de lier ce vaisseau, j'ai toujours vu l'interruption de la circulation veineuse admirablement tolérée ; elle est, du reste, plus ou moins préparée par l'obstruction du sinus. Une fois, cependant, une de mes malades présenta, deux jours après la ligature, des phénomènes cérébraux, sans que toutefois M. Brissaud put se prononcer entre une hydrocéphalie aiguë ou une méningite purulente.

Cependant, on pourrait m'objecter que ma ligature a été inutile. « Dès le premier frisson, me dira-t-on, vous ouvrez le « sinus latéral. Vient un second frisson : vous liez la jugulaire. Les frissons cessent-ils ? Pas du tout. Ils continuent « encore malgré cela, se reproduisant jusqu'à cinq reprises. Le « malade, une fois son sinus simplement ouvert et drainé,

« aurait spontanément liquidé sa septicémie ; il y aurait mis « le temps, voilà tout. » Ce disant on oublie que le sang circulant de la jugulaire fourmillait de streptocoques, et que trois jours après l'ouverture du sinus et son drainage, le patient se faisait encore, de l'oreille vers le cœur, une incessante injection de bouillon microbien. Il est logique d'admettre qu'il y avait intérêt pour lui à interrompre ce courant : et il n'est pas improbable que cette interruption ait aidé à la guérison.

*
* *

Au point de vue bactériologique, il est intéressant de faire remarquer :

1° Que le foyer sinusal contenait les microbes les plus variés, au milieu desquels il était difficile de déterminer l'agent pathogène causal de l'otite.

2° Que dans le sang circulant de la jugulaire interne le streptocoque fut trouvé à l'état de pureté. C'est du reste une règle que les recherches de Leutert ont bien mise en lumière, que quand une oreille malade se met à faire de la pyohémie, parmi les microbes plus ou moins nombreux dont elle dispose, c'est le streptocoque qu'elle charge de ce soin : et, en effet, quelque soit la flore bactérienne du foyer initial, c'est presque toujours le streptocoque qu'on retrouve à l'état de pureté dans le sang de la jugulaire, ainsi que dans le pus des abcès métastatiques.

3° Que le sang puisé dans la veine basilique ne contenait aucun microbe ; ce qui est encore la règle, les capillaires formant barrage pour les agents pathogènes, que n'a pu arrêter la circulation pulmonaire.

*
* *

Un dernier détail de l'observation reste à mettre en évidence : c'est l'intoxication iodoformée à laquelle a failli succomber notre malade. On pourrait certes se mettre à l'abri de ce danger en se servant soit de gaze stérilisée, soit d'agents antiseptiques inoffensifs, tels que l'iodol, l'aristol, etc. Mais il me semble

risqué de faire de l'antisepsie pure en présence des suppurations fétides du rocher, et de ne point user d'antiseptique quand il faut faire dans le sinus infecté un tamponnement qui doit y rester une dizaine de jours. Quant aux corps qui se prétendent succédanés de l'iodoforme, il faut avouer qu'ils n'ont pas suffisamment fait leurs preuves, pour que l'on soit autorisé à renoncer en pareil cas au seul antiseptique qui donne toute sécurité en chirurgie osseuse.

Aussi conseillé-je de faire faire systématiquement, chez tout infecté, pansé à l'iodoforme, la recherche de l'iode dans les urines. Dans le cas actuel, cette découverte, faite par hasard, fut, chez notre malade, le signal d'une véritable résurrection. La recherche de ce signe me paraît indispensable. Car, quoique l'amaigrissement, la fièvre, la diarrhée, le subictère, la sécheresse des muqueuses soient signes évidents de l'intoxication iodoformée, cependant ces choses sont également symptômes ordinaires de la septicémie : et justement, l'erreur diagnostique en ce dernier sens est grave, puisqu'elle pousse à exagérer l'antisepsie des pansements, qui demande au contraire à être alors restreinte. Quand donc la plaie n'explique pas les accidents, quand aucun abcès métastatique ne semble en voie de formation chez un oto-pyohémique, recherchez l'iode dans les urines : et peut-être serez-vous assez heureux pour constater à temps, comme je l'ai fait, que votre malade se meurt d'une intoxication que vous avez substituée à son infection.

IV

DU CHOIX DE L'INTERVENTION OPÉRATOIRE DANS DES KYSTES PARADENTAIRES DE LA RÉGION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR (1)

Par le Dr **A. RAOULT** (de Nancy), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Je n'ai eu jusqu'ici que trois cas de kystes paradentaires, que j'aie pu opérer. Plusieurs autres malades, examinés une fois, n'ont pas accepté l'intervention. Mais ces trois cas me semblent assez bien remplir les différentes conditions devant lesquelles peut se trouver l'opérateur, pour qu'il me soit permis de les exposer en faisant les réflexions imposées par chacun de ces cas.

Dans la première observation, il s'agit d'un kyste non suppuré ayant évolué vers le plancher nasal ; sa paroi externe était recouverte par les téguments.

OBSERVATION I. — M. A. B, mineur âgé de 24 ans, vient à ma consultation le 28 février 1898, il m'est envoyé par mon confrère le Dr Spuker. Le malade se plaint d'une grosseur qui s'est développée depuis dix mois environ au-dessous de l'angle externe de la narine gauche ; cette masse a surtout augmenté depuis trois mois ; son développement s'est fait sans aucune douleur. On aperçoit en effet un gonflement faisant saillie au niveau de la lèvre supérieure et repoussant en avant la partie externe de l'aile du nez, effaçant en grande partie le sillon naso-labial et le sillon naso-jugal gauches.

En relevant la lèvre supérieure, on retrouve cette saillie au ni-

(1) Communication faite à la Société de Médecine de Nancy, le 8 Janvier 1902.

veau de la fosse canine gauche qu'elle comble. A sa surface, la muqueuse de la gencive présente un aspect normal. Je pratiquai ensuite l'examen rhinoscopique antérieur et constatai la présence de la partie supérieure de la même masse faisant saillie au point de jonction de l'orifice postérieur de la narine et de l'entrée de la fosse nasale gauche. Elle soulève la muqueuse et forme un relief que l'on peut comparer à celui formé par la moitié d'une cerise. En ce point, cette masse semble semi-transparente, et est recouverte de vaisseaux dilatés ; elle donne assez bien l'aspect d'une grenouillette.

En introduisant le petit doigt de la main gauche dans la narine gauche et l'index droit sous la lèvre supérieure, je puis apprécier le volume total de cette masse, qui a environ les dimensions d'une prune de Reine-Claude. Cette masse est rénitente, mais ne donne pas nettement la sensation de fluctuation. Néanmoins, je ne puis douter de la nature de l'affection, en raison de l'aspect transparent que l'on trouve au niveau de l'entrée de la fosse nasale, et le diagnostic de kyste dentaire s'impose. J'ai fait faire au malade pendant les jours qui ont précédé l'opération, des aspirations de vaseline boriquée et des lavages du nez, afin d'obtenir la plus grande propreté possible de la fosse nasale.

Le 4 mars, opération. Le malade étant chloroformé, je pratique une section horizontale de 4 centimètres sur la muqueuse gingivale, au niveau de la tumeur ; je dégage avec soin cette dernière afin de ne pas en perforer la paroi. Je puis facilement la décortiquer à la partie antérieure et inférieure ; mais elle est très adhérente en arrière au périoste alvéolaire et en haut à la muqueuse nasale. En essayant en ces derniers points de la dégager des tissus voisins, je l'ouvre et il en sort un liquide blanc visqueux. Je curette avec soin les parois supérieure et postérieure de façon à détruire la membrane d'enveloppe. Avec des ciseaux, j'incise la partie supérieure de cette poche ainsi que la muqueuse nasale. Je place par cet orifice nasal une mèche de gaze iodoformée qui pénètre dans la cavité kystique, de façon à drainer celle-ci par la voie nasale. Je suture ensuite la plaie opératoire gingivale. L'échancrure nasale de la branche montante du maxillaire supérieur correspondant m'a semblé légèrement déformée et plus large que celle du côté droit.

Les pansements par la plaie nasale furent renouvelés tous les deux jours. Les fils de la plaie gingivale furent enlevés le cinquième jour. Enfin la cicatrisation était complète le 14 mars, dix jours après l'opération.

J'ai revu le malade le 21 mars, il était complètement guéri ; j'ai eu de ses nouvelles par le docteur Specker, le kyste n'a par reparu.

On aurait pu dans ce cas se contenter de drainer la cavité du kyste par la plaie buccale, mais il m'avait semblé préférable, pour éviter l'infection par la bouche, de refermer l'incision gingivale et de pratiquer une contre-ouverture au niveau de la muqueuse buccale, n'ayant rien à craindre de ce côté. J'avais été poussé dans cette idée par les bons résultats obtenus dans les sinusites maxillaires au moyen de l'opération d'Ogston Luc.

obs. II. — M. J. officier de cavalerie vient me consulter le 2 janvier 1899, il se plaint d'une obstruction complète de la narine gauche. Il lui est absolument impossible de se moucher de ce côté. Par cette narine s'écoulent constamment des mucosités fétides. Ce malade est tombé trois ans auparavant de cheval et s'est cassé la canine supérieure gauche.

Au bout d'un an et demi s'est développé un abcès au niveau de la racine de cette dent. Tout le côté gauche de la face s'est tuméfié, ainsi que la narine du même côté. M. J. a fait extraire la racine malade, mais les accidents ont continué à évoluer et par la narine gauche s'est écoulé du pus, en même temps que cette narine s'obstruait progressivement. A l'examen rhinoscopique, j'aperçois la tête du cornet inférieur très gonflée, rouge, couverte de muco-pus, masquée en partie par un épaississement de la cloison nasale, siégeant à la partie inférieure.

Du côté de la bouche, il existe une fistule à la place de la canine supérieure gauche ; par cette fistule, le stylet pénètre dans une cavité ; au-dessus, la muqueuse gingivale est rouge, fongueuse. La narine gauche est complètement obstruée, et de ce côté le malade ne peut ni respirer, ni se moucher ; il ne se plaint d'aucune douleur, n'éprouve pas de céphalalgie.

L'éclairage de la face (diaphanoscopie) montre une obscurité complète du côté gauche de la face dans la région du sinus maxillaire.

Le 3 janvier, après cocainisation de la muqueuse nasale du côté gauche, je procède au nettoyage de cette cavité. Je fais sortir une masse énorme de détritits caséux, extrêmement fétides. Avec le stylet je perçois la présence d'un séquestre osseux mobile, que je ne puis pas attirer en avant. J'essaie de le repousser dans le cavum et prie le malade de renifler fortement, mais le séquestre ne descend pas dans le pharynx. J'essaie ensuite de le reprendre, mais il m'est impossible de le retrouver dans la fosse nasale. Les

jours suivants, le malade fait des lavages du nez et des aspirations de vaseline boriquée.

Le malade entre le 5 janvier à la clinique Sainte-Marie. Le 6 janvier, le malade étant chloroformé, je procède à l'ouverture du sinus maxillaire suivant le procédé d'Ogston-Luc. Je prolonge en avant l'incision ordinaire jusqu'à 1 centimètre et demi en dehors de la ligne médiane, de façon à comprendre la lésion siégeant à la place de la canine. La muqueuse et le périoste de la lèvre supérieure de l'incision sont réclinés en haut.

Au niveau de la canine, je trouve l'os dénudé et nécrosé, nécrose qui se continue en bas jusqu'à l'extrémité de la fistule gingivale. J'attaque cet os malade à la gouge, en allant d'avant en arrière et je tombe dans une cavité où je puis placer l'extrémité du doigt. J'enlève complètement toute la paroi osseuse externe de cette cavité. Un stylet introduit dans cette dernière fait percevoir que la table osseuse interne de la cavité est nécrosée à sa partie antérieure. Je continue alors en avant à la gouge l'excision osseuse de la table externe, puis trouvant le bord saillant de la table interne, je le résèque facilement avec une pince coupante. Je détruis ainsi complètement cette table interne. Par cette brèche osseuse ainsi faite, je pénètre dans le sinus maxillaire, qui est curetté avec soin. La curette enlève une assez grande quantité de fongosités et du pus caséux.

En faisant ce curettage, je trouve une partie de la paroi interne nasale du sinus détruite au niveau du méat inférieur ; et au pourtour de cette perte de substance, l'os est dénudé. Me guidant sur le petit doigt de la main gauche, introduit dans la fosse nasale, je défonce, avec une curette passant dans le sinus, tout ce qui me paraît malade de la paroi interne de cette cavité. Par la fosse nasale, je fais passer une mèche de gaze iodoformée qui sert à tamponner le sinus maxillaire après que ce dernier a été nettoyé avec une solution de chlorure de zinc. Je termine l'opération en pratiquant une incision verticale au niveau de la fistule de la canine. Avec la curette, j'enlève toutes les fongosités et des débris osseux nécrosés situés à ce niveau. Je pratique la suture de l'incision horizontale, puis de l'incision verticale.

Les suites de l'opération furent normales. Les plaies gingivales se réunirent parfaitement. La muqueuse nasale du côté gauche prit peu à peu un aspect normal. Par contre, il restait du gonflement de la muqueuse de la narine droite, avec gêne de la respiration.

Le 23 janvier, pour pratiquer la cautérisation de la muqueuse

du cornet inférieur droit, je cocaïnais cette muqueuse, qui se décongestionna sous cette influence. Trouvant du pus dans cette narine, je priai le malade de se moucher, et, en le faisant, il expulsa des débris osseux recouverts de muco-pus.

Dans ce cas, le kyste, après avoir formé une cavité osseuse non apparente à l'extérieur, mais saillante dans le sinus maxillaire, a été atteint par la suppuration, ce qui a provoqué de la nécrose de ses parois. Cette nécrose du côté du sinus a été cause de l'issue du pus dans l'antre, d'où sinusite maxillaire. Cette suppuration a envahi la paroi externe de la fosse nasale qui a été nécrosée en partie à son tour. La sinusite a causé ainsi la suppuration nasale persistante et la production d'un coryza caséeux.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un vaste kyste paradentaire qui ne s'est plus fait jour en avant comme dans les deux cas précédents, mais d'un kyste postérieur ayant refoulé en dedans la paroi externe du sinus maxillaire.

Pour des raisons que j'exposerai plus loin, il m'a été impossible de faire communiquer d'emblée la cavité kystique avec l'antre d'Highmore.

Obs. III. — M^{me} L. âgée de 36 ans, a environ depuis sept ans des abcès à répétition, survenant au niveau de la troisième molaire supérieure droite. La suppuration est plus abondante depuis quelques jours. Elle a été examinée par M. le Payen dentiste, qui propose à la malade une intervention ; il me l'adresse, me priant de l'examiner avec soin.

Le 22 novembre 1901, je constatai au-dessus de la troisième molaire supérieure droite un gonflement de forme arrondie, dur, allant presque jusqu'au rebord sous-orbitaire, et d'où partaient une série de petites fistules au niveau du bord alvéolaire. Toutes les dents, depuis la canine jusqu'à la dent de sagesse exclusivement, sont représentées par des racines cariées. La palpation de la région tuméfiée ne fait percevoir aucune fluctuation. A la diaphanoscopie, je constatai une obscurité revêtant les contours de la tuméfaction ci-dessus décrite ; mais l'éclairage se faisait jour au niveau des sillons naso-jugal et sous-orbitaire. D'après ces phénomènes, j'admis que le sinus ne participait pas à la suppuration.

Le 30 novembre 1901, assisté de M. le Payen, je chloroformai la malade chez elle. (La malade avait refusé de venir se faire opérer à la clinique Sainte-Marie, elle demandait seulement qu'on apportât un soulagement à son affection, elle nous avait même supplié de ne pas enlever un grand nombre de racines dentaires ca-

riées, non situées du côté malade.) M. le Payen enleva plusieurs racines au niveau de la mâchoire supérieure droite ; mais ne put extraire la dent de sagesse qui était soudée à un volumineux séquestre osseux ; en exerçant des tractions sur cette dent, il attirait avec elle ce séquestre.

Je fis alors sauter au moyen de la gouge cette dent de sagesse, puis je divisai à la pince et à la gouge le séquestre osseux en allant d'arrière en avant. J'enlevai de cette façon environ la moitié postérieure du bord externe de l'alvéole, le bord interne étant resté en partie. Au-dessus de ce séquestre se trouve une cavité d'où sort un liquide extrêmement fétide. Je puis explorer avec le doigt cette cavité ; elle est limitée en arrière par le rebord postérieur du maxillaire supérieur, en avant elle vient jusqu'au niveau de la canine supérieure droite, et en haut le doigt vient buter jusqu'au rebord sous-orbitaire.

Dans ce dernier sens, elle a environ 6 centimètres de hauteur. La paroi externe est formée par une lamelle osseuse que je détruis à la pince coupante dans sa plus grande partie ; il n'en reste qu'une portion antérieure formant le bord antérieur de la loge. La paroi interne est constituée par la paroi externe du sinus maxillaire qui est enfoncée, concave. Je curette toute la paroi interne de cette cavité, dans laquelle je trouve de nombreux petits séquestres et une dent déformée sans racine, ressemblant à une prémolaire de la première dentition. En examinant avec soin la paroi interne, je constate qu'il n'existe aucune communication avec le sinus maxillaire, mais je sens qu'en un point, la paroi de séparation est extrêmement mince, et qu'elle cède sous l'instrument. Je ne puis malheureusement faire une opération plus complète et réunir la cavité kystique avec le sinus. Je nettoie complètement la cavité qui est ensuite bourrée de gaze iodoformée.

Le 1^{er} janvier 1902, la malade est encore en traitement, la cavité a diminué de dimensions, mais elle suppure encore.

Il s'agit dans ce cas, sans aucun doute, d'un kyste dentifère évoluant probablement depuis longtemps, qui aura été infecté par suite de la présence de nombreuses dents cariées.

Je n'ai pu mettre immédiatement la cavité kystique en communication avec le sinus pour plusieurs raisons :

1^o Etant donné le milieu malpropre dans lequel j'ai été obligé d'opérer à mon corps défendant ;

2^o En raison des demandes réitérées de la malade et de sa famille, qui craignaient une grosse intervention ;

3^o Enfin, ne pouvant enlever toutes les autres racines cariées, je

n'aurais pas pu obtenir une plaie suffisamment propre pour qu'elle pût se réunir par première intention ; j'aurais eu probablement une fistule buccale.

Je me propose, lorsque la cavité kystique sera détergée et que la malade en aura compris la nécessité, de compléter l'opération par l'ouverture sinusale et nasale et d'obstruer complètement l'orifice buccal. Il me semble même que dans des conditions pareilles, il y a moins de chances d'infecter le sinus maxillaire, qu'en faisant cette cure radicale d'emblée. La cavité kystique étant dans la suite détergée et ses parois épidermisées, la guérison sera très rapide.

En terminant ce travail, je proposerai donc les conclusions suivantes :

1° Dans les cas de kystes non infectés, faisant saillie dans la fosse nasale (comme dans mon premier cas opéré en 1898) ou du côté du sinus maxillaire (comme l'ont fait MM. Jacques et Michel, *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1900), il faut ouvrir le kyste dans la région alvéolaire pour l'énucléer et le curetter, puis faire une contre-ouverture nasale ou sinusale. Refermer ensuite la plaie alvéolaire, pour continuer à drainer par le nez.

2° Si le kyste infecté a donné issue au pus dans le sinus, il faut opérer comme dans le cas précédent (Observation II, cas opéré en 1899). En somme, on se trouve en présence d'une sinusite maxillaire avec une cavité accessoire.

3° Si la cavité kystique est infectée et n'a pas infecté à son tour le sinus, il est bon d'attendre que cette cavité kystique se soit détergée avant de la réunir au sinus. En effet, par une réunion d'emblée, on infecterait sûrement le sinus, qui ne pourrait peut-être se guérir que difficilement dans la suite ; car par suite de l'enfoncement de sa paroi externe, la cavité sinusale devient très irrégulière et présente de nombreux recoins fort difficiles à explorer et à curetter.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 26 mars 1900 (1).

Président : Prof. A. POLITZER.

Sécrétaire : Dr H. FREY.

1. GOMPERZ a réussi à exciser le marteau en pratiquant l'anesthésie du tympan par le procédé de Schleich. L'injection fut faite à environ un centimètre, vers l'extérieur de la périphérie tympanique dans la paroi supéro-postérieure du conduit auditif et provoqua une douleur à peu près nulle. Au bout de cinq minutes, on incisa le tympan et on retira le marteau avec un serre-nœud, la sensibilité était presque abolie. On pourrait compléter l'anesthésie en cocaïnisant fortement la muqueuse.

G. s'est servi d'une solution à 10 % mais il vaudrait mieux employer celle à 20 %.

Pour l'infiltration, G. a employé une canule construite sur ses indications par Reiner, de Vienne.

Discussion.

POLITZER demande si l'instillation de cocaïne n'aurait pas donné le même résultat.

GOMPERZ a entendu seulement s'occuper de l'action de l'infiltration.

2. HAMMERSCHLAG. — Lésions simultanées de l'acoustique, du facial et des muscles oculaires. — Malade de la clinique de Politzer atteinte depuis plusieurs années d'une otite moyenne suppurée chronique gauche. Au cours de ces derniers mois, on a observé une parésie faciale et de l'ophtalmoplégie. A son entrée dans le service, la malade avait une fièvre violente due à un abcès péri-ton-

(1) D'après le *Monats. f. Ohrenh.*, mai 1900.

sillaire. Bien que cette femme eût sept enfants bien portants, on songea à la spécificité et on prescrivit des frictions à l'onguent de Créde et l'iodure de potassium à doses massives ; une partie des accidents cédèrent, la paralysie faciale disparut totalement et la paralysie du trijumeau se réduisit à une parésie minime ; l'œil recouvra aussi sa motilité.

3. F. ALT présente un homme de 53 ans, porteur d'une otite moyenne supurée chronique tuberculeuse et d'une nécrose labyrinthique du côté gauche. Otorrhée profuse, conduit auditif dilaté, destruction de la paroi du promontoire et d'une portion considérable de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif osseux et du facial ; de sorte que l'œil pénètre à une grande profondeur et que l'on peut sonder l'oreille interne nécrosée. Paralysie complète du nerf facial à gauche ; la maladie a évolué sans accidents labyrinthiques, vertiges, ni vomissements. Vu l'existence d'une phthisie pulmonaire, on renonça à intervenir chirurgicalement.

4. POLITZER montre un rocher sur lequel l'aditus ad antrum offre un passage extrêmement rétréci.

Séance du 28 mai 1900 (1).

1. G. FREY. — **Lésions simultanées de deux nerfs accoustiques probablement imputables à une méningite basilaire spécifique.**

Ce cas est aussi intéressant pour les neurologistes que pour les auristes, il concerne un serrurier de 31 ans qui vint consulter à la fin d'avril à la Clinique otologique en se plaignant d'une dureté d'oreille bilatérale.

Pas de tares héréditaires. Bonne santé jusqu'en 1895, époque où il fut blessé à la tête par une courroie de transmission. La plaie frontale guérit sans laisser de traces. En septembre 1899, chancre qui se cicatrisa en quelques semaines et au mois d'octobre, attaque qui fut soignée par des frictions à l'onguent mercuriel.

Jamais de céphalalgie, de vertige, d'affaiblissement mental, le malade a toujours bien vu et bien entendu et ne présente ni troubles de la sensibilité, ni paralysies, ni vomissements. Aucune intoxication, le malade boit et fume peu.

Depuis quinze jours toux et coryza avec bourdonnements d'oreilles

(1) D'après le *Monats f. Ohrenh.*, août 1900.

particulièrement prononcés à gauche. Affaiblissement simultané du pouvoir auditif.

Les deux tympans sont fortement rétractés, blanchâtres sur les bords et atrophiés au centre. Voix perçue à quelques centimètres de l'oreille. La montre et l'acoumètre de Politzer ne sont perçus ni par la voix aérienne ni par les os. Le son du diapason n'est pas latéralisé, la conduction par les os de la tête est notablement restreinte de même que la conduction aérienne. Rinne positif des deux côtés.

Pas de titubation.

L'air pénètre normalement dans la trompe par le cathétérisme ou par la politzération, mais l'ouïe ne s'améliore pas.

On diagnostique une affection de l'appareil de perception d'origine spécifique et on prescrit le traitement ioduré avec des applications locales de pilocarpine.

Au bout de 14 jours, le malade revient à la consultation; il entend moins bien; le 18 mai, il est devenu complètement sourd, la moitié droite du visage est paralysée et il voit mal. Aucune altération mentale, léger vertige.

Le malade entre dans le service de Nothnagel.

A l'examen, on reconnaît que les organes internes et externes sont normaux sauf une cicatrice au-dessus du pénis.

V. FRANKL HOCHWART l'examine au point de vue nerveux et constate peu de troubles, toutefois l'excitabilité électrique de la région faciale est diminuée et la surdité persiste.

Depuis le 24 mai, le malade est de nouveau soumis au régime des frictions et il prend de l'iodure.

Il est plus que probable qu'il s'agit d'une méningite syphilitique basilaire et comme elle est de date récente elle pourra guérir par la médication spécifique.

Ce genre d'affection est peu connu dans la littérature. Seuls Politzer, Hang, Friedrich, von Frankl Hochwart, Lucae et Schwartz s'en sont occupé.

Discussion.

V. FRANKL HOCHWART trouve ce cas intéressant par sa bilatéralité.

URBANTSCHITSCH a vu une affection bilatérale de l'acoustique d'origine syphilitique où les frictions échouèrent mais qui s'améliora par la sudation. Les cas de ce genre guérissent difficilement.

POLITZER dit que le diagnostic est certain, mais comme la sur-

dité est absolue, tandis que les autres nerfs cérébraux sont peu lésés, il existe peut-être une affection labyrinthique syphilitique.

URBANTSCHITSCH répond que ce fait est malaisé à prouver.

2. ALEXANDER montre un moulage de l'oreille moyenne destiné à l'enseignement. — Agrandissement au 30^e de l'oreille moyenne droite d'un adulte sur lequel on distingue nettement toutes les parties de l'organe.

3. POLITZER montre deux pièces anatomo-pathologiques, provenant de malades ayant succombé à des méningites suppurées et dont l'auteur rapporte les observations détaillées.

Séance du 29 juin 1900 (1).

Président : Prof. A. POLITZER.

Secrétaire : D^r G. FREY.

1. HENNING. — **Rétablissement artificiel du pavillon de l'oreille.** — L'auteur exhibe une série de moulages d'anomalies du pavillon d'origine congénitale ou dues à des traumatismes ou à des maladies, et communique le résultat de ses tentatives de restauration qui s'effectuent aisément avec des plaques de celluloid transparentes. H. a essayé ce procédé sur deux malades ayant eu une partie du pavillon emportée par un chien, dans un cas de déchirure au cours d'une rencontre de trains, une fois après un duel d'étudiants et enfin chez une jeune femme atteinte d'une anomalie congénitale. La prothèse donne l'impression d'une oreille naturelle, transparente et incassable.

2. GOMPERZ présente un enfant sur qui on a affectué la **plastique auriculaire consécutive à l'opération radicale** avec un lambeau enlevé sur un prépuce lors de la circoncision rituelle.

Herbert G. âgé de 8 ans, fut conduit à l'auteur le 3 octobre 1896, pour une otorrhée droite. Cinq ans auparavant, il a souffert de

(1) D'après le *Monats f. Ohrenh.*, novembre 1900.

troubles cérébraux, puis deux ans après d'un écoulement auriculaire fétide intermittent. G. découvrit du pus dans le conduit auditif droit, le tympan était détruit jusqu'au manche du marteau et la montre perçue à 6 cm.

A gauche le tympan est terni, la montre est perçue à 40 cm. Après un court traitement, la suppuration cessa et le 3 novembre 1896 l'audition était améliorée (montre 8 cm. à droite, 77 cm. à gauche).

Le 3 février 1897, retour de l'écoulement accompagné de fièvre et vives douleurs ; masses cholestéatomateuses dans le conduit auditif. Des douleurs rétro-auriculaires et 40° de fièvre qui le 11 avril accompagnant une nouvelle récurrence de la suppuration, nécessitèrent l'opération radicale. G. trouva un cholestéatome gros comme une noisette et une carie osseuse étendue.

Plastique rétro-auriculaire par le procédé de Stacke ; mais l'orifice ne put être maintenu béant, l'enfant ne supportant pas le pansement.

Nouvelle récurrence vers la mi-septembre. L'antre et le conduit auditif sont envahis par le pus ; muqueuse de la paroi interne de la caisse normale. Le 19 avril 1898, l'auteur ouvrit encore l'oreille moyenne et trouva un gros cholestéatome dans l'antre et la mastoïde. La plaie s'étant beaucoup rétrécie, G. pensa à la transplantation.

Vu la turbulence du malade on ne pouvait l'opérer sans l'anesthésier, et d'autre part on hésitait à employer ce moyen vu son état de faiblesse, aussi G. dut-il prendre un autre parti.

Il s'adressa à un confrère spécialiste en circoncision et obtint le 5 mai un prépuce sectionné sur un nouveau-né bien portant qu'on avait plongé aussitôt dans une solution salée chaude à 0,6 % et qui au bout de dix minutes fut appliqué sur la plaie sous forme de neuf lambeaux. Deux se détachèrent mais les sept autres demeurèrent adhérents et l'orifice s'est parfaitement maintenu ouvert. L'enfant était guéri le 18 juillet.

3. GOMPERZ. — Séquestre des deux anneaux tympaniques. — Coupes provenant d'une fillette de 7 ans qui eut en octobre 1898 la scarlatine et quelques jours après devint dure d'oreille puis totalement sourde. Au début, on observa une otorrhée bilatérale et l'apparition de granulations qui disparurent pour récidiver bientôt, de gonflements mastoïdiens qui s'atténuaient temporairement sous l'influence de badigeonnages iodés et de cataplasmes. En six mois les apophyses mastoïdes se tuméfièrent quatre fois et le traitement

consista en vaporisations de créoline et cautérisations à l'acide lactique, G. vit l'enfant pour la première fois, en avril 1899 ; les apophyses mastoïdes étaient recouvertes de peau infiltrée, enflammée, presque fluctuante. Pulsations bilatérales du conduit auditif, écoulement fétide à droite ; des deux côtés la peau est soulevée, de sorte qu'à droite il subsiste seulement une fente étroite à travers laquelle on aperçoit des granulations, tandis qu'à gauche la lumière est complètement obstruée. Le pouvoir auditif est entièrement aboli pour la parole seulement, le diapason A à fortes vibrations est perçu à travers le crâne. Le 18 avril, G. trépana les deux mastoïdes.

A droite le périoste était transformé en une écorce lardacée de l'épaisseur d'un doigt se détachant facilement de l'os ; il existe une fistule mastoïdienne, des granulations décolorées et plusieurs séquestres détachés remplissent une cavité grosse comme une noix dans l'apophyse mastoïde ; la paroi postérieure du conduit auditif est presque totalement détruite.

A gauche la surface de l'apophyse mastoïde est percée de trous vasculaires, le premier coup de marteau livre passage à des masses granuleuses suppurées colorées, occupant une cavité de la dimension d'une cerise ; l'enclume nécrosée gît dans l'antre ; la majeure partie de la paroi postérieure du conduit auditif est détruite.

La plaie est cicatrisée le 16 juin, mais la suppuration du conduit auditif est entretenue par les osselets séquestrés des deux côtés, qu'il est impossible d'extraire tant la fillette est poltrone. Le 30 juin, G. réussit à enlever à gauche un fragment osseux qui fut reconnu comme une portion de l'anneau tympanique. A droite le séquestre était très adhérent. Entre temps, l'enfant partit à la campagne, et ne revint qu'en octobre, elle était en bonne santé, mais l'oreille coulait toujours, aussi l'auteur fit-il l'anesthésie pour retirer le 4 octobre le séquestre enveloppé de granulations qui n'étaient autre chose que des fragments de l'anneau tympanique. Dix jours après l'extraction, l'otorrhée cessa des deux côtés ; les restes du tympan s'accolèrent à la paroi interne de la caisse et s'y soudèrent de sorte que cette paroi semble épidermisée. Le pouvoir auditif ne s'est pas rétabli.

4. V. PICK. — **Nécrose bilatérale de la capsule labyrinthique osseuse à la suite d'une otite moyenne suppurée chronique.** — Femme sujette environ deux fois par an à des crises épileptiques et affectée d'une otorrhée qui la fait si peu souffrir qu'elle ne la soigne pas.

Le 2 avril 1900 surgissent brusquement de vives douleurs, des bourdonnements d'oreille gauche, des vertiges, des vomissements et une surdité gauche. Cet état se prolongea pendant 14 jours. Le 18 juin, l'oreille droite se prit aussi. Lors du premier examen pratiqué le 22 juin, la malade se plaint de douleurs lancinantes dans les deux oreilles, de bruits intenses et de vertige. Quand elle est debout ou qu'elle marche, elle titube. Les vomissements ont cessé; température et pouls normaux.

Les deux apophyses mastoïdes sont sensibles à la pression. Les deux conduits auditifs très vastes sont remplis de pus fétide grumeleux. Après un lavage on voit à droite que le tympan fait défaut, il subsiste seulement un morceau du manche du marteau. La muqueuse de la caisse est d'un rouge intense; sous la fenêtre ronde on remarque un endroit privé de muqueuse, gris, de forme ronde, mesurant 2 mm. de diamètre, au travers duquel la sonde heurte des os érodés. A gauche, l'aspect est à peu près analogue, seule la partie nécrosée est plus étendue. La malade est sourde pour tous les sons. Le traitement consiste en lavages et en introduction de gaze iodoformée.

Le 25 juin la malade entend des mots énoncés contre son oreille droite, le 28 juin, elle commence à en percevoir aussi à gauche; des deux côtés elle reconnaît les coups de sifflets et le bruit de diapasons violemment frappés pendant quelques secondes (L.: C₄, C₁, C; R.: C₃, C₁, C.). Douleurs lancinantes au fond de l'oreille gauche où la nécrose osseuse est assez prononcée.

On a eu affaire dans ce cas à des symptômes bruyants qui ont entraîné la pénétration du pus dans le labyrinthe par la voie de la fenêtre labyrinthique et déterminé la nécrose des parois du labyrinthe baignées de pus. Comme l'irritation s'est calmée, qu'une partie de l'audition est revenue ce qu'on peut attribuer à la cessation de la pression intra labyrinthique, et que la malade actuellement en traitement à la Clinique du Prof. Politzer se trouve relativement bien, l'auteur est partisan de l'expectative, car il se peut que les tissus nécrosés se détachent d'eux-mêmes. En cas d'accidents cérébraux, il faudrait recourir à l'opération radicale et évacuer le labyrinthe.

5. A. POLITZER. — Contribution à l'anatomie pathologique de l'otite moyenne aiguë du nourrisson. — Cette affection a été étudiée au cours de ces dernières années par Ponfick, Aschoff, Heermann, Kossel, Goepfert, Rasch, Hartmann et S. Weiss.

Les modifications anatomo-pathologiques varient suivant l'in-

tensité de l'inflammation et oscillent du catarrhe simple à l'infiltration cellulaire intense.

P. a fait ses recherches sur une série d'organes auditifs d'enfants décédés à l'hôpital infantile Caroline en s'aidant des renseignements cliniques fournis par le Dr S. Weiss.

Dans presque tous les cas, l'oreille moyenne est envahie par un exsudat séreux ou gélatineux, mêlé de cellules purulentes troubles. La muqueuse est tuméfiée, œdématiée, inégale et glanduleuse.

A l'examen microscopique, la muqueuse présente des saillies de dimensions variables, héli-sphériques, villeuses. Les autopsies ont démontré que les otites moyennes frappent surtout les enfants affaiblis par des maladies antérieures et revêtent un aspect cachectique. Elles surviennent souvent après les fièvres éruptives et peuvent évoluer sans perforer le tympan. La trompe sert souvent à propager l'infection qui se manifeste rarement par la voie circulatoire ou à travers le conduit auditif. La trompe de l'enfant étant plus courte et plus large relativement que celle de l'adulte, les matières infectieuses peuvent aisément par là gagner le tympan.

6. GOMPERZ. — Sur le traitement des adhérences de l'oreille moyenne. — L'auteur commence par dire que c'est à Politzer que revient le mérite du traitement opératoire de ces lésions ; quant à lui, dès 1895, il a décrit une méthode qui prévient le retour des adhérences après le détachement du manche du marteau.

Le premier malade soigné par G. était un homme de 37 ans devenu sourd étant enfant à la suite d'une scarlatine et d'une otorrhée double.

A droite, perforation centrale étendue, il ne reste plus qu'un étroit liseré du tympan ; montre perçue seulement au contact chuchotement perçue à 50 cm. A gauche, le tympan est détruit presque totalement, sauf le coin qui supporte le manche du marteau. Celui-ci adhère à la paroi labyrinthique par du tissu cicatriciel rigide, tandis que l'on voit dans la région postéro-supérieure l'articulation incudo stapédiale intacte. Pas de sécrétion, on entend la montre à 3 cm, la voix chuchotée à 60 cm. Les douches d'air n'apportèrent aucune amélioration. Pensant que l'étrier était fixé dans la fenêtre ovale, G. décida de détacher le manche du marteau, et sectionna la membrane cicatricielle épaissie puis traça avec le couteau à paracentèse un cercle autour du manche du marteau qu'il finit par détacher avec le synéchetôme de la paroi interne de la caisse. L'opération pratiquée sous la cocaïne fut presque indolore et entraîna une hémorragie tellement insignifiante

que l'auteur put entreprendre aussitôt la seconde partie de l'intervention.

G. avait préparé une plaque de cellulose épaisse de 0.20 millimètres dite papier celluloïd, ayant l'aspect de l'ivoire poli, il en tailla une bande de 3 cm. 1/2 de long, de un 1 millimètre de large aux extrémités et 4 millimètres au milieu.

G. rapprocha les extrémités recourbées de façon à former un ruban de Reil, le saisit avec une pince de Politzer et l'introduisit à travers un large spéculum dans la caisse jusqu'au-dessous de l'enclume, de sorte qu'en comprimant légèrement la partie supérieure, la portion médiane pénétrait entre l'extrémité du manche du marteau et le promontoire; alors G. détacha les extrémités de la bande élastique adhérentes à la paroi antérieure et postérieure du conduit auditif. Par ce moyen, la bande n'irrita pas les sinus qu'elle touchait.

Le malade supporta facilement cet appareil; en huit jours l'écoulement avait disparu, et lorsque 14 jours après G. enleva les croûtes engendrées par la sécrétion et l'iodol pulvérisé et fit des lavages, il trouva la partie cachée par le celluloïd cicatrisée, et le manche du marteau indépendant de la paroi interne de la caisse. Le résultat fonctionnel fut très satisfaisant; sitôt après l'opération l'audition monta de 60 cm. à 4 mètres pour le chuchotement, pour redescendre ensuite à 3 m. Cette distance persistait encore en 1899, c'est-à-dire cinq ans après l'intervention ainsi que l'auteur le constata lorsqu'il entreprit de cautériser à l'acide trichloracétique le bord de la perforation pour obtenir son occlusion par du tissu cicatriciel.

Le manche du marteau ne s'était pas ressoudé.

G. employa le même procédé chez un docteur en droit qui lui fut adressé le 22 février 1898, par le Dr F. Fickeis auriste à Linz. Le malade âgé de 30 ans, fortement anémique et faiblement constitué, a des sommets douteux, il est devenu sourd étant enfant à la suite d'une otorrhée bilatérale.

A droite, le tympan est complètement détruit, la chaîne des osselets est absente; le chuchotement n'est perçu qu'à 15 cm; pas de suppuration. A gauche, le tympan est détruit jusqu'au segment supérieur qui porte le manche du marteau qui était fortement attiré à l'intérieur et soudé à l'enclume avec le promontoire par du tissu cicatriciel. Le revêtement de la caisse est cicatriciel, épidermisé. Des granulations occupent l'espace postéro-supérieur; suppuration modérée. Le chuchotement était entendu à 20 cm.

Le 17 mai, grâce au traitement institué par le Dr Fickeis, l'o-

torrhée gauche était enrayée, et on pouvait suivre sur la région postéro-supérieure les contours de l'articulation incudo stapédienne. L'audition pour le chuchotement atteignait 25 cm. Le 25 novembre 1898, la parole était perçue à 3 m. Le malade gêné dans son existence par sa surdité accepta une intervention énergique et G. effectua la section de la synéchie par le moyen décrit ci-dessus avec insertion d'une plaque de celluloid entre le marteau et le promontoire. L'audition monta aussitôt à 8 m. pour la voix mi haute et le malade repartit satisfait.

Cet état se maintint jusque dans l'été de 1899, époque à laquelle on excisa la lame de celluloid qui était demeurée en place sans provoquer la moindre irritation.

A partir de ce moment, l'audition s'abaissa progressivement mais fut améliorée par l'introduction d'un tympan artificiel.

Le 17 avril 1900, G. vit le malade pour la dernière fois et constata que le manche du marteau était dégagé et dans une position normale. L'audition pour la parole qui était tombée à 3 m. atteignit 12 m. après que G. eut introduit des bourdonnements d'ouate imbibés d'huile vaselinée. Le malade qui est très intelligent apprit à appliquer ce tympan artificiel ainsi qu'un tympan d'acide borique ; il supporte bien ces prothèses et son ouïe s'améliore toujours.

Il est donc indubitable que la méthode de Gomperz empêche d'une manière permanente la soudure du marteau détaché de la paroi labyrinthique.

Pour bien apprécier la méthode, G. s'en est servi dans les cas où la suppuration était totalement tarie et lorsque le bord de la perforation était cicatrisé par des cantérisations. Il rapporte quelques observations démontrant la valeur de cette méthode de traitement combinée.

1. M^{me} F. B., âgée de 50 ans, consulte l'auteur le 30 novembre 1896 pour une surdité ancienne. A droite G. trouve une perforation ovale occupant presque toute la moitié antérieure du tympan, le marteau pénétrant dans la périphérie postérieure.

Le marteau adhère par du tissu cicatriciel à la paroi interne de la caisse. La montre n'était pas entendue et la voix criée contre l'oreille seulement. Après l'ablation du pus épaissi envahissant l'oreille gauche, on trouva le tympan détruit. Montre O. Parole, 70 cm.

G. dégagea du côté droit le manche du marteau, tandis qu'il introduisait en avant le ténotome de Schwartze et détachait les masses de tissu conjonctif.

Ensuite, G. inséra entre le manche du marteau et le promontoire une lame de celluloid mesurant 3 millimètres de large sur 4 millimètres de long, dont l'extrémité antérieure était recourbée à angle droit et l'y laissa séjourner jusqu'au 1^{er} décembre, date à laquelle il commença à cautériser à l'acide trichloracétique le bord de la perforation.

Le 23 janvier 1897, après huit cautérisations, la perforation était close, et l'audition atteignait 25 cm. pour la montre et 14 pour le chuchotement, et la malade pouvait converser sans l'aide de son mari qui lui était indispensable auparavant.

2. J. G. âgé de 48 ans alors, soigné par Gomperz depuis le 16 août 1889. Depuis son enfance, à la suite d'une scarlatine, il était affecté d'otorrhée bilatérale et de surdité et l'auteur avait noté : « Destruction bilatérale, acoumètre de Politzer 22 cm. à droite, 2 cm. à gauche. » Le 3 septembre 1889, la suppuration céda à des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent à 5% et l'acoumètre fut perçu à 6 cm. à droite et à 16 cm à gauche. En 1891, G. soigna à deux reprises le malade pour des récidives de suppuration qui guérirent par l'acide borique.

Il fallut renoncer à l'apposition de tympan artificiels, que le malade ne pouvait supporter. Le 18 septembre 1897, G. fut de nouveau appelé pour l'otorrhée et l'abaissement de l'audition qui rendait les rapports sociaux difficiles.

Oreille droite. — Le tympan est presque totalement détruit, de sorte que l'on distingue à la partie postéro-supérieure l'articulation incudo-stapédienne, et à la partie postéro-inférieure, la niche de la fenêtre ronde. Le manche du marteau subsiste, mais il est fixé par un ligament allant de l'enclume au promontoire. Muqueuse rouge jaunâtre suppurante. Suppuration insignifiante. Chuchotement à 5 cm; aucune amélioration par la douche d'air.

Oreille droite. — Destruction du tympan, sauf dans la région supérieure qui porte la courte apophyse du marteau, tandis que le manche du marteau fait défaut, de même que la longue apophyse de l'enclume; l'étrier se meut librement dans la fenêtre ovale. Chuchotement à 40 cm. G. conseilla le dégagement du manche du marteau. Après la cessation de la suppuration, G. pratiqua l'opération le 19 octobre 1897 et introduisit une lame de celluloid. Au cours de l'intervention, le malade eut une syncope, mais il se rétablit promptement et dès le 6 novembre on put retirer le celluloid.

Huit jours avant, G. avait recommencé à cautériser à l'acide trichloracétique le bord de la perforation et au bout de neuf séances,

le tympan était complètement cicatrisé et l'audition atteignait 13 m. pour le chuchotement. Ce résultat s'est maintenu, attendu que lors du dernier examen, le chuchotement était perçu à 12 m. et même à 17 m. après la douche d'air. Le malade a pris la direction d'une banque et cause facilement avec les clients et le public.

Les indications de la méthode de G. sont les suivantes : dans tous les cas d'adhérence du marteau, lorsque le manche est séparé d'une grande perforation par un espace antérieur ou postérieur, ou pénètre dans une perforation plus étendue, c'est-à-dire en cas de perforation centrale ou ovale et de destruction du tympan. Dans ces cas on réussit à séparer les surfaces de la plaie par des lames de celluloid.

L'intervention sera contre-indiquée en cas d'adhérence du tympan à la paroi interne de la caisse, où il n'y aura aucune chance de libérer, en même temps que le manche du marteau, l'articulation incudo-stapédienne. Pour les cas de ce genre, Grunert a recommandé, en 1897, un procédé consistant à sectionner le muscle tenseur du tympan après avoir détaché le manche du marteau, et à prolonger autant que possible vers le bas le détachement du manche du marteau avec une sonde recourbée.

Toutefois, G. a constaté que ce moyen provoque des déchirures, et des luxations de la capsule de l'articulation incudino-malléaire et le résultat fonctionnel ne dépasse pas 1 m. pour le chuchotement. Les bourdonnements d'oreille ont été améliorés chez deux malades.

En cas d'adhérences superficielles du tympan à la paroi interne de la caisse, il ne reste plus qu'à effectuer l'excision du tympan avec le marteau et l'enclume préconisée d'abord par Kessel, puis par Schwartz, Sexton et Stacke.

Les nombreuses opérations radicales pratiquées pendant ces dernières années ont démontré que si elles amélioraient la conduction du son, elles n'influaient nullement sur le pouvoir auditif, de sorte que G. ne conseille l'ablation du marteau et de l'enclume que si la conduction des os de la tête est conservée et au cas où le dégagement de l'étrier assure une meilleure perception labyrinthique.

On choisira le procédé qui offrira le plus de garanties au sujet du dégagement de l'étrier après guérison, c'est-à-dire la méthode de Stacke consistant à libérer l'antre et la plastique du conduit auditif, afin d'assurer l'épidermisation et le maintien de l'ouverture de l'aditus.

G. est d'avis qu'il faut intervenir le plus tôt possible pour conserver l'audition.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 5 avril 1900 ⁽¹⁾.

Président : Prof. O. CHIARI

Secrétaire : Dr HANSZEL

1. HAJEK. — Paralyse récurrentielle droite complète ; la corde vocale demeure constamment immobile ; tandis que pendant la phonation la corde gauche dépasse la ligne médiane pour se rapprocher de sa congénère.

Ce cas ne présenterait rien d'extraordinaire si Grossman n'avait pas affirmé dans son article sur la paralysie récurrentielle que jamais on ne rencontre la corde vocale dans la position cadavérique sur le vivant, assertion absolument démentie par l'observation actuelle.

Discussion.

GROSSMANN trouve l'expression de position cadavérique mal adaptée au malade de Hajek.

CHIARI jusqu'ici n'a vu aucune différence entre la situation des cordes vocales dans la paralysie récurrentielle sur le vivant et sur le cadavre.

2. FEIN. — Traitement de la pachydermie laryngée typique par une solution alcoolisée d'acide salicylique. — Malade de 62 ans, toussant et très enrôlé, soigné à la Polyclinique générale depuis septembre 1898, pour des tumeurs des cordes vocales qui furent reconnues à l'examen histologique pour de la pachydermie.

Pendant plusieurs mois, le malade fut soumis à des badigeonnages avec une solution alcoolisée à 10 % d'acide salicylique qui

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 21 mai 1900.

donnèrent de si heureux résultats qu'au bout d'un an les cordes vocales ne présentaient plus qu'un léger épaississement. La voix est claire et les troubles subjectifs se bornent à une sensation de chatouillement dans le cou probablement imputable à une pharyngite.

Le médicament est bien supporté, non irritant ; seul Dundas Grant l'a employé après l'ablation de papillomes.

Discussion.

OSTERSETZER a vu soigner à la clinique de Hajek des cas de pachydermie et de nodules des chanteurs par des applications d'acide salicylique.

CHIARI n'a pas toujours été satisfait du résultat final de ce mode de traitement.

RÉTHI fait remarquer que les bourrelets pachydermiques peuvent régresser spontanément, mais moins rapidement que par le procédé qui vient d'être décrit, mais il a vu un bourrelet disparaître en totalité au bout de 2 ans et demi. Il est indéniable que les badigeonnages à l'acide salicylique exercent une action bienfaisante puisque le bourrelet droit s'est notablement atrophié après trois mois de traitement.

La fin de la séance a été occupée par une discussion de la théorie de Grossmann sur la fonction du muscle crico-thyroïdien qui serait trop longue à reproduire ici.

Séance du 3 mai 1900 (1).

Président : Dr ROTH

Secrétaire : Dr K. MÜLLER

1. EBSTEIN montre un compresseur pour arrêter les hémorragies consécutives à l'amygdalotomie, imaginé par le Dr M. Depangher, de Trieste.

(1) D'après la *Wiener klin. Woch*, 23 juin 1900.

Discussion.

L. RÉTHI ne trouve pas cet instrument préférable à celui de Mikulicz.

M. HAJEK se sert de préférence des pinces de Péan pour enrayer l'hémorrhagie.

2. EBSTEIN. — **Empyème des cellules ethmoïdales postérieures et du sinus sphénoïdal avec carie tuberculeuse étendue de ce dernier. Mort.** — Malade de 25 ans, atteint depuis quatre ans de suppuration de la fosse nasale gauche et de maux de tête, opéré à plusieurs reprises, entra, le 21 février, dans le service, pour un ramollissement du sommet gauche et bacilles tuberculeux dans les crachats, empyème des cellules ethmoïdales postérieures et du sinus sphénoïdal. Le tiers antérieur du cornet moyen manquait, le méat moyen antérieur était revêtu d'une muqueuse lisse.

Par la rhinoscopie postérieure, on reconnut que l'écoulement du pus se faisait par le méat nasal supérieur.

Le traitement consista d'abord à exciser les granulations sises sur la portion postérieure du méat nasal moyen et sur la partie restante du cornet moyen. Les cellules ethmoïdales laissèrent échapper un flot de pus; il en sortit aussi du sinus sphénoïdal dont la face antérieure était érodée. L'odeur du pus était l'indice d'une nécrose osseuse.

A partir de la mi-mars, l'état des poumons s'aggrava et, à la fin du mois, on retira de la région sphénoïdale un fragment d'os mesurant 2 centimètres de long et 1 centimètre de large. La suppuration, l'odeur et la céphalalgie cessèrent alors.

Dans les premiers jours d'avril, le malade se plaignit de douleurs dans la région cervicale et de gêne en remuant la tête qui allèrent toujours en augmentant. Le 16 avril, il rendit ses aliments et à l'examen on reconnut que la muqueuse de la paroi pharyngée postérieure était très rouge. Le malade succomba le 19 avril à une paralysie cardiaque.

A l'autopsie, on trouva une carie tuberculeuse du sphénoïde qui était traversé par des masses caséeuses, une suppuration sphénoïdale et des cellules ethmoïdales, un phlegmon rétro-pharyngien fétide. Pachyméningite débutante dans la fosse crânienne postérieure.

Discussion.

M. HAJEK. — Ces cas de tuberculose des os et de la muqueuse des sinus sont fort rares.

WEIL se demande si le phlegmon pharyngien et l'infection n'ont pas été provoqués par les lésions survenues lors de l'ablation du séquestre et si on ne s'en est pas aperçu à l'autopsie.

EBSTEIN. — Les cellules ethmoïdales antérieures étaient indemnes. Comme il s'agissait de tuberculose, il peut se faire que l'extraction du séquestre ait activé les progrès du mal.

RÉTHI appelle l'attention sur la rareté des cas de tuberculose des sinus; on en connaît seulement seize observations dont neuf de tuberculose du sinus maxillaire et une du sinus frontal. Dans 6 cas, dont deux ont été vus par Réthi, on avait affaire à une tuberculose osseuse, combinée cinq fois avec l'empyème; trois malades ne présentaient pas d'altérations osseuses, mais on trouve des bacilles tuberculeux dans le pus. On n'a encore jamais rencontré de tuberculose du sinus sphénoïdal.

3. K. MÜLLER présente une **tumeur dermoïde du voile palatin** qu'il a retirée à un malade âgé de 37 ans.

Séance du 7 juin 1900 ⁽¹⁾.

Président : Prof. O. CHIARI

Secrétaire : Dr BIEHL

1. FALLB. — **Paralysie de la langue, du palais et du larynx.** — Malade de 37 ans, ne présentant aucune tare, ressentit il y a quatre ans des altérations de l'audition du côté droit et perdit le goût. Il y a dix-huit mois, il éprouva de la difficulté à parler, puis accusa des douleurs de la moitié gauche du larynx qui disparurent presque complètement pour ne reparaitre qu'incidemment pendant la nuit. Ensuite survinrent l'enrouement et des troubles de la déglutition.

⁽¹⁾ D'après la *Wiener klin. Woch.*, 5 juillet 1900.

Le 14 mai 1900, le malade entre dans le service du Prof. Chiari. A l'examen rhinoscopique, on constate une atrophie bilatérale de la muqueuse nasale. A droite, dans la région du cornet moyen, on voit une tumeur grosse comme une noisette, et après ablation à l'anse froide, on reconnut une hypertrophie avec quelques parties œdématisées.

La portion gauche de la langue est fortement atrophiée et la langue remue difficilement.

Dans le pharynx, la moitié gauche du voile palatin pénètre profondément et demeure immobile durant la phonation.

Rien d'anormal du côté du pharynx nasal.

L'extérieur du larynx est normal. Au laryngoscope on voit que l'épiglotte est rétractée un peu en arrière, à gauche. Le cartilage aryténoïde et la corde vocale gauche sont complètement immobilisés, la dernière est fortement excavée et dévie un peu de la ligne médiane. La corde vocale droite légèrement atrophiée est un peu excavée, mais elle se meut librement entre la position médiane et l'inspiration. A gauche, les mouvements ne dépassent pas la ligne médiane et la glotte ne peut se fermer pendant la phonation, aussi le malade a-t-il une voix rauque.

Il s'agit donc d'une *paralysie récurrentielle gauche*. La sonde provoque la sensibilité des deux côtés, mais moins à gauche, et l'épiglotte est moins influencée que l'intérieur du larynx. Il existe aussi de l'hyperesthésie dans la région des deux nerfs laryngés supérieurs.

La trachée n'offre rien de particulier.

Quant au système nerveux, les troubles psychiques font défaut. Le malade est, il est vrai, d'une intelligence bornée.

Voix nasonnée, difficile à comprendre.

Le goût est aboli, mais peut-être doit-on attribuer l'anosmie à une rhinite atrophique.

Acuité visuelle, fonction des muscles oculaires et fond de l'œil normaux.

Sensibilité cutanée intacte dans la région du trijumeau. Le nez, la bouche et le pharynx sont également assez sensibles. La portion motrice du trijumeau est intacte.

A propos du facial, le malade ne peut ni siffler, ni souffler, mais l'inaptitude de sa langue en est sans doute la cause, et quant à la paralysie palatine on ne peut l'attribuer au facial.

L'issue de salive à travers la bouche provient des troubles de la déglutition, les lèvres se fermant rapidement. Toutefois la lèvre supérieure est faible, et il se peut que le facial soit légèrement al-

téré des deux côtés. Aucune atrophie de la musculature faciale et des lèvres en particulier.

L'examen électrique fournit un résultat normal.

La surdité droite dépend d'une cicatrice tympanique et non d'une lésion de l'acoustique.

Paralysie unilatérale du voile par suite de laquelle les aliments et les liquides envahissent aisément le nez. Déglutition pénible. Paralysie du récurrent gauche. Abaissement de la sensibilité des deux nerfs laryngés supérieurs. Le malade avale souvent de travers. Pouls légèrement arythmique.

Les muscles sterno-cléido-mastoidien fonctionnent régulièrement.

Les troubles de la motilité du côté atrophié de la langue, les lésions de la parole et de la déglutition sont si accentuées, que nous admettons une altération bilatérale de l'hypoglosse.

Pas de troubles vaso-moteurs, ni de la sécrétion.

Organes internes normaux ainsi que l'urine. Artério-sclérose modérée.

Il est plus que probable que cette affection est d'origine spécifique.

2. CHIARI montre deux boutons qu'il a retirés du nez d'un enfant de 5 ans au moyen d'une pince à polypes. Ces corps étrangers après un assez long séjour avaient fini par déterminer une odeur fétide.

La veille, C. avait enlevé de la narine gauche d'une fillette de 3 ans 1/2 un corps étranger rond enclavé depuis plusieurs mois et qui avait ainsi provoqué un écoulement fétide et une hémorrhagie.

Ces corps étrangers avaient été introduits à l'insu des parents.

3. CHIARI préconise la laryngofissure avec anesthésie par le procédé de Schleich pour l'ablation des tumeurs, qui lui a réussi chez deux malades et qui offre moins de dangers que la chloroformisation.

4. WEIL montre une pièce anatomique de **carcinome nasal épithélial pédiculé** qui avait une consistance molle comme du beurre. La récurrence étant survenue, au bout de quelques mois, le malade accepta l'intervention radicale, mais il succomba ultérieurement aux suites d'un cancer du toit pharyngien.

Séance du 8 novembre 1900 (1).

Président : Prof. O. CHIARI

Secrétaire : Dr HANSZEL

1. H. KOSCHIER a pu, grâce à l'amabilité du Prof. Monti, examiner récemment une série d'enfants atteints de **sténoses post-diphthériques du larynx et de la trachée**, sur lesquels il a pratiqué des opérations.

I. L'une d'elles concerne une enfant de 3 ans qui, le 21 octobre 1898, en mangeant sa soupe, fut prise d'étouffements et s'enroua. La mère porta la fillette à un hôpital infantile où on admit la présence d'un corps étranger qu'on tenta vainement d'extraire avec divers instruments, puis l'enfant fut renvoyée chez elle. Dans la nuit, son état s'aggrava et on la ramena le lendemain matin au même hôpital où l'on diagnostiqua une diphthérie que l'on traita par le tubage. Au bout de quelques jours, l'enfant fut renvoyée sans amélioration.

Quelques jours après, elle revint et fut de nouveau soumise à l'intubation, elle sortit le 14 novembre, toujours enrouée et oppressée.

Le 21 novembre, l'enfant fut amenée à la Polyclinique où on reconnut un abcès du cou. Au laryngoscope on constata une vive rougeur du larynx, une tuméfaction du ventricule gauche, présentant une tache gris jaune à sa portion antérieure. Incision de l'abcès qui fut suivie du rétablissement de la respiration.

La fillette alla bien jusqu'en octobre 1900, mais, à cette époque, la dyspnée reparut si violente qu'elle revint à la polyclinique.

La portion supérieure du larynx était normale, mais, à la partie supérieure de la trachée, on voyait deux gros bourrelets, partant des parois latérales et obstruant la lumière. La sténose empêchait de distinguer les parties profondes de la trachée. Il s'agissait d'un rétrécissement consécutif à l'intubation pratiquée deux ans auparavant pour la diphthérie.

Le 8 octobre, l'enfant fut anesthésiée. Incision de la peau depuis l'incisure thyroïdienne jusqu'à la jugulaire, on détache la glande thyroïde, ligature double et section de l'isthme et ouver-

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 20 décembre 1900.

ture de la trachée dans toute sa longueur. K. trouva alors enclavé dans un bourrelet de la trachée le corps étranger qui était un morceau de carcasse de canard de forme triangulaire. Après cette ablation, les granulations furent excisées et la base cautérisée au thermocautère. Introduction d'une canule et suture de la plaie. On put enlever la canule au bout de quelques jours et actuellement la fillette est rétablie.

Le diagnostic de diphthérie était faux, on avait pris pour des membranes et des dépôts diphthériques les écorchures et les dépôts provoqués par l'introduction répétée d'instruments à la surface du pharynx et du larynx. On peut admettre que le corps étranger était situé d'abord dans le larynx et que c'est le tube à intubation qui l'a projeté dans la trachée où il avait séjourné presque deux ans sans causer d'accidents.

II. Garçon de 15 ans, qui vint consulter pour la première fois à la Polyclinique, le 3 mars 1900. A l'examen, on reconnut l'existence d'une tumeur obstruant toute la narine droite et qu'on opéra par la voie endo-nasale à deux reprises.

Au commencement de juin, la fosse nasale droite était oblitérée par une tumeur issue de la région du cornet moyen qui fut déclarée cancéreuse à l'examen histologique. Une quatrième récidive nécessita l'intervention radicale qui fut pratiquée le 22 août par le procédé de Langenbeck et réussit parfaitement.

Pour empêcher une nouvelle récidive du carcinome nasal, l'auteur a l'intention d'effectuer une hétéroplastie avec du celluloid.

III. Empyème tuberculeux du maxillaire supérieur observé chez une malade qui se présenta le 2 mai 1900 à la Polyclinique avec des symptômes d'empyème de l'antre d'Highmore gauche, survenus à la suite de l'extraction d'une dent. Ouverture de l'antre à travers l'alvéole.

Au premier examen, K. reconnut que la sonde pénétrait dans deux conduits, l'un aboutissant latéralement à la joue, et l'autre se dirigeant vers la ligne médiane. L'orifice latéral rendait beaucoup de pus, tandis qu'il fallait une quantité minime d'eau à travers l'ouverture naturelle de la fosse nasale. Le lavage par l'autre conduit rendait au contraire une faible quantité d'eau mais l'eau s'écoulait abondamment par le nez. Avec la sonde on rencontrait des os cariés dans l'orifice fistuleux. La malade ayant été soignée pour une carie osseuse, dans le service d'Albert, on conclut à une tuberculose du maxillaire supérieur.

Anesthésie par la méthode de Schleich et agrandissement de l'orifice dans la direction de la fosse canine suivi du curettage des

granulations remplissant l'antre d'Highmore et de l'ablation d'un séquestre mesurant environ 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large et provenant de la paroi latérale de la cavité. A l'examen histologique des granulations, on trouva des bacilles tuberculeux.

La tuberculose des sinus est assez rare et elle aboutit généralement à la nécrose osseuse.

Discussion.

HENDL a eu l'occasion d'observer la dernière malade de Koschier et il est d'avis qu'il s'agit d'une tuberculose du processus alvéolaire du maxillaire supérieur avec propagation au sinus maxillaire.

L. RÉTHI. — La tuberculose des sinus est extrêmement rare, je n'en ai réuni que 11 cas, 9 concernant l'antre d'Highmore, 1 le sinus frontal et le dernier le sinus sphénoïdal. Dans 6 cas, les os étaient affectés.

HANSZEL, à propos de la première observation de Koschier, dit qu'on a rapporté dernièrement à la Société de médecine de Prague un cas où après l'aspiration d'un corps étranger on vit se développer la diphthérie. Le tubage réussit et l'enfant guérit, mais au bout de plus d'une année, il eut des troubles respiratoires, on fit la trachéotomie et on trouva le corps étranger (instrument avec lequel l'enfant imitait le chant d'un oiseau) dans l'espace sous-glottique.

GROSSMANN reçut, il y a quelques mois, la visite d'une femme qui se plaignait d'avoir avalé un morceau d'os ; elle était enrouée, respirait difficilement et souffrait d'une sténose violente. Au laryngoscope, on distingua, à la hauteur du second anneau trachéal, un corps étranger blanchâtre, bullant, partageant la trachée en deux. Après cocaïnisation, on tenta l'ablation du corps étranger avec une pince laryngienne, mais au premier contact, il disparut sans laisser de traces et, avec lui, la raucité, les troubles respiratoires et la sténose.

Toutefois, je pratiquai la radiographie, mais sans résultat. Au bout de deux mois, la malade eut une violente quinte de toux au cours de laquelle elle rejeta le corps étranger spontanément. Il avait été délogé par la pince et était tombé dans le fond où on ne le distinguait plus.

4. BIEHL. — Carcinome primitif du nez. — Le malade ressentit

durant l'automne de 1899 des symptômes progressifs d'obstruction nasale, et on lui enleva à plusieurs reprises des polypes du nez, opérations qui entraînèrent des hémorrhagies abondantes. B. vit le malade en février 1900, la fosse nasale droite était bourrée de masses de tissu mou, spongieux, d'un gris blanchâtre, saignant facilement au toucher. A l'examen microscopique on reconnut un cancer épithélial pavimenteux.

La voûte palatine portant une petite perforation, les masses cancéreuses avaient commencé à envahir le pharynx nasal, aussi dut-on renoncer à intervenir. Six semaines après son entrée à l'hôpital, le malade était devenu complètement aveugle et la voûte palatine était envahie par la tumeur. Les dents avaient changé de place. Mort au mois d'octobre.

Le résultat de l'examen anatomo-pathologique fut : carcinome nasal exulcéré progressif de la base du crâne, de la voûte palatine, de l'os frontal. Bronchite purulente. Marasme généralisé.

5. O. CHIARI. — **Angiofibrome naso-pharyngien** excisé le 23 octobre 1900 chez un jeune homme de 17 ans, qui, huit jours avant son entrée à la clinique, avait eu des vomissements de sang accompagnés d'obstruction nasale et d'épistaxis. Quatorze jours auparavant il avait eu d'abondantes hémorrhagies naso-pharyngiennes et même reçu les derniers sacrements. Le 24 octobre, le malade très anémié se présenta à la consultation de Chiari qui constata une procidence du voile palatin produite par une tumeur lisse en forme de poire, remplissant presque totalement la cavité rhino-pharyngienne et se prologeant au-dessous du voile.

La tumeur pénétrait aussi dans la narine droite et avait l'aspect d'un polype.

Le 25 octobre, après cocaïnisation, on retira avec le serre-nœud galvanocaustique la portion de la tumeur sise derrière le voile. Le courant électrique vint à manquer subitement, Chiari introduisit alors l'index gauche derrière la tumeur et l'excisa dans sa totalité. L'hémorrhagie fut rapidement enrayée par le tamponnement avec la sonde de Bellocq. La choane droite était très hypertrophiée. Retrait du tampon le 27 octobre.

Le 28 on reconnut par la rhinoscopie postérieure que le tiers postérieur du cornet moyen droit et la partie voisine du bord de la choane étaient le point de départ de la tumeur. Le malade se rétablit lentement ; à l'examen histologique, on reconnut un angiofibrome.

Chiari fait ressortir l'intérêt de la gravité des hémorrhagies pré-

opératoires vis-à-vis de l'insignifiance de celles qui suivirent l'ablation de la tumeur.

Discussion.

WEIL rappelle qu'il a parlé il y a deux ans d'un gros polype naso-pharyngien dont la base n'était pas très large. Le meilleur traitement consiste dans l'extirpation totale.

ROTH recommande de pratiquer l'avulsion au point le plus étroit, afin de ne pas s'exposer aux hémorrhagies abondantes.

SCHIEFF se souvient d'avoir opéré à l'hôpital un cas analogue à celui de Chiari il y a une vingtaine d'années. Il s'agissait d'un polype naso-pharyngien très volumineux qui fut excisé avec le serre-nœud de Desault alors en usage, sans qu'on observât d'hémorrhagie.

6. EBSTEIN. — **Deux cas de granulomes de la trachée apparus longtemps après l'enlèvement de la canule.** — I. Malade trachéotomisé à Presbourg le 7 mai 1900, pour un œdème de la glotte consécutif à un abcès de la base de la langue. Extraction de la canule au bout de quatre jours. Rétablissement de la respiration, qui quinze jours après s'embarrassa et obligea le malade à venir consulter à la clinique le 3 avril.

On remarque sur la paroi trachéale antérieure une tumeur rougeâtre, de la dimension d'une noisette, à surface bosselée. On diagnostiqua un granulome. En raison de la gêne respiratoire, on excisa la tumeur avec une pince coupante.

II. Fillette de 4 ans, qui subit la trachéotomie pour la diphthérie, le 14 avril 1900. Au bout de cinq jours on enleva la canule. Vers la mi-mai, la mère remarqua que la respiration était pénible et le sommeil agité, et, au commencement d'août, l'enfant eut un accès de dyspnée qui se répéta plus violemment à la fin du même mois. Dans son trouble, la mère donna à la fillette deux cuillères de pétrole pour arrêter la toux.

L'enfant fut apportée à la clinique. La respiration était nettement stridoreuse. On vit une tumeur grosse comme un pois, d'un rouge pâle, sur la paroi trachéale antérieure ; on avait affaire à un granulome qui avait atteint en quatre mois son volume actuel.

Après cocaïnisation du larynx et des portions supérieures de la trachée, E. sépara la tumeur en deux avec une pince coupante et la respiration se rétablit aussitôt.

Ces cas de granulomes sont assez rares et il faut les extirper soit par la voie endo-laryngienne, soit par la trachéo-fissure.

Discussion.

GROSSMANN. — Ce sont plutôt les chirurgiens que les laryngologistes qui observent les granulomes consécutifs à la trachéotomie et au port de la canule. Des médecins français ont été les premiers à les signaler à la suite du croup et de la diphthérie. Plus tard, des chirurgiens allemands : Simon, Koch et l'école de Czerny, se sont occupés de la question. Bien avant, Billroth avait signalé un cas de ce genre. J'en ai cité un dans ma monographie sur les *sténoses trachéales*. Au cours d'un voyage d'affaires à Paris, mon malade eut un violent mal de gorge accompagné de troubles de la déglutition et de la respiration. Il fit appeler Fauvel qui conseilla des applications de glace, des sangsues, des scarifications. L'amputation de la luette étant demeurée inefficace, de Saint-Germain pratiqua la trachéotomie. La maladie, baptisée *angine phlegmoneuse*, guérit rapidement, le malade fut décanulé au bout de douze jours. Quand j'examinai le malade à son retour, sauf le moignon de la luette, il ne présentait plus trace de l'affection pharyngolaryngienne. La plaie trachéale externe était presque totalement oblitérée. Toutefois, deux jours après des troubles respiratoires se manifestèrent, et à la place de l'orifice interne de la plaie on vit des granulations ayant l'aspect de bouchons de champagne.

La gêne de la respiration était supportable quand le malade était éveillé, mais pendant le sommeil, elle était impossible.

La dyspnée atteignait un degré tel que le visage du malade prenait une teinte livide.

Je proposai une intervention endo-laryngienne qui fut repoussée et en l'espace de deux ou trois jours les granulomes s'atrophierent spontanément. Trois semaines après, la respiration était redevenue normale.

Séance du 6 décembre 1900 (1).

Président : O. CHIARI

Secrétaire : K. MÜLLER

1. HARMER. — Observation de croup primitif du larynx et de la trachée. — La malade, âgée de 20 ans, présenta, le 5 novembre 1900, de l'enrouement auquel vinrent s'ajouter la toux et des accidents

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 3 janvier 1901.

respiratoires. Des crises dyspnéiques la forcèrent à entrer à l'hôpital le 12 novembre.

La face est cyanosée, la respiration stridoreuse, les muscles du cou tendus. Inspiration pénible. Nez, pharynx nasal et pharynx normaux.

Au laryngoscope, l'aditus semble injecté, les cordes vocales rouges, la muqueuse humide, lisse, brillante. Sous les cordes vocales, deux bourrelets rouges font saillie de la muqueuse sous-glottique. L'espace laryngé inférieur est obstrué par une membrane d'un blanc grisâtre qui se meut pendant la respiration.

La gêne respiratoire nécessitait une intervention d'urgence : les lavages et les inhalations demeurèrent sans effets, une tentative d'extraction de la membrane avec une pince échoua, la malade ne pouvant tolérer la cocaïne. Comme elle asphyxiait, il fallut la trachéotomiser, puis introduire des bougies de Schrøtter. La respiration redevint alors normale et les membranes disparurent en l'espace de quelques jours. On avait eu affaire à une forme très bénigne de croup primitif de la trachée.

2. **HARMER.** — **Glossite profonde avec formation d'abcès.** — Origine inconnue ; affection aiguë, accompagnée de fièvre, de vives douleurs et de prostration. Des incisions répétées ne firent pas sortir de pus. Mais le troisième jour, une incision à 6 centimètres de profondeur dans la région postérieure du bord latéral de la langue fit découvrir une cavité abcédée qui livra passage à une grande quantité de pus.

L'affection offrait une grande analogie avec l'angine de Ludwig.

Discussion.

ROTH a observé 1 cas du même genre où l'abcès siégeait très en arrière à la base de la langue. R. croit qu'il s'agit d'une infection streptococcique.

SCHREFF parle de l'ouverture d'un abcès profond de l'amygdale linguale dont l'étiologie est inconnue, l'examen bactériologique n'ayant pas été pratiqué.

3. **M. HAJEK.** — **Sur le canal naso-frontal.** — Ce sujet a été très peu étudié jusqu'ici ; H. montre des préparations sur lesquelles on distingue les divers aspects que peut revêtir ce conduit.

Séance du 10 janvier 1904 (1).

Président : Prof. O. CHIARI

Secrétaire : Dr HANCZEL

1. EBSTEIN. — **Sclérome des voies aériennes supérieures.** — Ouvrier de 27 ans, d'origine hongroise, atteint depuis un an de troubles respiratoires et de raucité de la voix. Six semaines auparavant, le bougirage du larynx a apporté un peu d'amélioration. La dyspnée croissante force le malade à entrer à l'hôpital.

A la rhinoscopie antérieure, on distingue des deux côtés du bord de la muqueuse des masses grises, faisant saillie sur le plancher nasal, et s'étendant en arc de cercle, depuis le bord inférieur de la conque jusqu'à la cloison. Elles sont fermes et se prolongent à environ 3 centimètres en arrière, de sorte qu'on ne peut distinguer le bord libre du cornet inférieur. Le reste des fosses nasales ne présente aucune altération notable, sauf une suppuration mucopurulente généralisée qui répand l'odeur particulière au sclérome.

Le pharynx buccal est normal. La face postérieure du voile est tellement remontée qu'on ne voit qu'une petite partie des choanes, bien que les parties latérales du nez et le toit rhino-pharyngien ne présentent aucune transformation.

Au laryngoscope, l'épiglotte apparaît hypertrophiée du tiers, sa surface est lisse et d'une coloration normale. Les replis ary-épiglottiques raccourcis rétractent l'épiglotte en arrière de manière à l'attirer vers les cartilages aryténoïdes infiltrés. La coloration gris rougeâtre de cette infiltration se propage aussi aux ventricules et aux cordes vocales bosselés. La corde vocale droite a conservé en partie son aspect normal.

En raison de la gêne de la motilité des cartilages aryténoïdes, les cordes vocales sont écartées de 3 millimètres, ce qui, joint à l'infiltration sous-cordale, provoque la dyspnée.

Le jour de l'entrée du malade on pratiqua très facilement la trachéotomie.

Quatre jours après l'opération, on constata un œdème de l'épiglotte et des cartilages aryténoïdes, imputable à l'irritation entretenue par la canule.

¹⁾ D'après la *Wiener klin. Woch.*, 7 février 1904.

2. **HARMER.** — **Trois cas de rhinosclérome.** — a) Femme de 38 ans, se plaignant depuis trois ans de douleurs dans la gorge et dans le nez. Son larynx présente un aspect atypique. Légère infiltration de la corde vocale droite, dont la surface, comme celle des ventricules, a une apparence bosselée, mais non ulcérée. La moitié droite du larynx est moins mobile ; la partie gauche est absolument libre. Au début, on posa le diagnostic de tuberculose, mais à l'examen du nez, on remarqua des signes caractéristiques : une atrésie concentrique des choanes, une infiltration du plancher nasal. L'examen de fragments extirpés fit admettre l'existence d'un *sclérome*.

b) Jeune fille de 22 ans affectée depuis quatre ans d'une obstruction nasale. Diagnostic facile, les fosses nasales étaient envahies par des infiltrations ne laissant subsister qu'un étroit passage. A la rhinoscopie postérieure, on reconnaît un rétrécissement nasopharyngien accompagné d'atrophie prononcée du voile palatin. Pas de traces de choanes.

Le Prof. Chiari curetta les fosses nasales en une séance sous l'anesthésie de Schleich, puis dégagea avec le doigt le voile du palais afin d'élargir la voie des choanes, ce qui permit de rétablir la respiration nasale.

Fait intéressant, chez cette malade, en dépit de l'oblitération presque totale du nez par des infiltrations, les parties médianes étaient restées libres.

c) Femme de 31 ans, ayant souffert depuis cinq ans d'accidents respiratoires. Les choanes sont modérément rétrécies ; infiltrations sous-glottiques ; à gauche, bourrelet saillant qui détermine une sténose.

En quelques séances de dilatation avec les bougies de Schröter, on obtint le rétablissement de la respiration et la disparition de la sténose.

Discussion.

M. HAJEK demande ce que l'auteur entend par le « milieu du nez » et comment il pense maintenir la béance des voies respiratoires après le grattage des masses rhinoscléromateuses à la partie antérieure du nez.

HARMER désigne sous ce nom le tiers moyen du nez. Après le curettage, la respiration nasale se rétablira et, s'il y a lieu, on pratiquera ultérieurement un nouveau râclage.

CHIARI est partisan de la laryngofissure chez le malade d'Ebs-

tein parce que les bourrelets scléromateux du larynx sont rigides. C. n'a pas souvent pratiqué la laryngofissure dans les cas de sclérome, parce qu'en général la sténose est peu accentuée. Les succès opératoires sont rares lorsque le sclérome tend à récidiver promptement. Souvent l'atrophie ne se dessine qu'au bout de dix ans. C. parle d'un cas de sclérome laryngien opéré par lui, il y a trois ans, à la Polyclinique et qui sembla guéri durant les deux années pendant lesquelles la malade se tuba. Quand elle cessa la dilatation, son état empira, elle voulut reprendre le traitement et on la trouva un jour asphyxiée, ayant en main un tube à intubation.

KOSCHIER relève les succès du tubage progressif dans le sclérome laryngien, il trouve que la laryngofissure n'enraye pas les progrès du mal et ne permet pas l'ablation radicale du tissu scléromateux. Pendant les sept années qu'il est resté à la Clinique laryngologique, il a fait une seule laryngofissure, et, malgré tout, les nombreux cas de sclérome qu'on y soigne ont été tous améliorés sinon guéris ou congédiés sans canule.

Contre le sclérome nasal, la seule thérapeutique appropriée est le grattage.

WEIL signale le danger de l'œdème au cours de la dilatation, fait qu'il a observé il y a douze ans à la Clinique de Schrötter. On introduisit aisément des bougies de Schrötter chez une femme d'âge moyen qui fut frappée d'asphyxie quelques heures après la dernière séance. W., qui arriva presque immédiatement, trouva la malade presque morte, cyanosée, les yeux ouverts et ne respirant plus, il fit la cricotomie d'urgence, introduisit une canule, et au bout de trois quarts d'heure de respiration artificielle, la femme reprit ses sens ; huit jours après, on fit la trachéotomie dans les règles.

KOSCHIER croit que l'asphyxie est provoquée chez les scléromateux par la chute des croûtes qui viennent obstruer le larynx ou la trachée.

M. HAJIK est aussi d'avis que les croûtes desséchées peuvent oblitérer la glotte.

EBSTEIN a aussi fréquemment observé des accès de dyspnée dus à la chute des croûtes.

HEINDL parle de son article publié dans les *Annales des maladies de l'oreille* où il traitait la question du traitement chirurgical du sclérome laryngien d'après son expérience à la Polyclinique de Vienne dans le service de Chiari et d'après les observations de Pieniazek et Baurowicz. Depuis, ce dernier a publié 100 cas de

sclérome. Il résulte de ces publications que souvent la laryngofissure suivie d'ablation des bourrelets sous-glottiques et de dilatation, abrège la durée du traitement du sclérome.

WEIL dit que chez sa malade, il n'a pas vu de croûtes se former à la suite de la cricotomie et de la trachéotomie consécutive ; il est vrai qu'on a négligé l'examen laryngoscopique.

CHIARI, à propos des indications opératoires et du tubage, dit qu'il a été un des premiers, à Vienne, à préconiser l'intubation aujourd'hui classique dans les cas de sclérome laryngien. Quand elle échoue, il entreprend la laryngofissure.

FEIN attribue la mort subite par asphyxie des malades scléromateux, non seulement à l'œdème laryngien ou à la présence de croûtes, mais au rapprochement des bourrelets infiltrés qui peuvent obstruer l'orifice et provoquer la suffocation.

M. HAJEK trouve cette hypothèse admissible théoriquement.

Séance du 7 février 1901 (1).

Président : Prof. O. CHIARI.

Secrétaire : Dr RONSBURGER.

On procède à la réélection du bureau. Sont élus *président* : Prof. CHIARI ; *vice-président* : Dr ROTH ; *secrétaire* : RONSBURGER ; *trésorier* : SCHEFF ; *bibliothécaire* : EBSTEIN ; *secrétaire des séances* : HARMER, HEINDL et MÜLLER.

1. KOSCHIER présente : 1^o un cas de **sténose des voies aériennes supérieures** chez une enfant de 3 ans, affectée d'un kyste de rétention de la dimension d'une noisette dans la vallécule droite. La tumeur provoquait une telle dyspnée qu'il fallut pratiquer la trachéotomie. Le 14 novembre, après une ponction, on extirpa le kyste, la malade sortit guérie le 24 novembre. L'examen microscopique démontra que la paroi du kyste était constituée par de l'épithélium pavimenteux et du tissu conjonctif.

2^o **Tumeurs polypôides du nez** extirpées le 24 février avec un serre-nœud chez une femme de 45 ans. A l'examen microscopique, on trouva de l'épithélium cylindrique avec dégénérescence muqueuse étendue comme dans les cancers du rectum.

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 28 février 1901.

3^o **Cancer épithélial pavimenteux** envahissant toute la moitié droite du larynx, l'épiglotte et le repli pharyngo-épiglottique droit, chez un officier serbe de 37 ans, opéré le 30 janvier par Koschier. Intervention classique, trachéotomie haute, Trendelenburg, laryngo-fissure, pharyngotomie sous-hyoïdienne. Ablation de la moitié droite du larynx et de l'épiglotte. Tamponnement. Suture. Le malade n'a presque pas eu de fièvre, mais il faut attendre pour savoir si malgré l'absence d'épiglotte, il sera en état d'avaler.

4^o **Fibro-sarcome nasal** originaire de l'ethmoïde gauche, remplissant les deux narines, l'orbite et le rhino-pharynx et se prolongeant vers le crâne et du côté de la cavité buccale, chez un enfant de 9 ans, opéré le 20 novembre 1900 par Koschier. Incision de Langenbeck. Excision de la moitié gauche du labyrinthe ethmoïdal avec la lame papyracée gauche. Tamponnement. Réunion par première intention. Récidive inopérable vers la mi-janvier. Décès le 5 février.

2. FEIN communique l'observation d'un malade de 36 ans, atteint depuis novembre 1899 d'une **paralysie de la corde vocale gauche**. Pendant les neuf premiers mois, la corde demeura immobile dans une situation intermédiaire éloignée de 4 millimètres de la ligne médiane; voix faible, enrouée. Depuis cinq mois, la corde vocale est fixée sur la ligne médiane, la voix est forte et sonore. Etiologie obscure, on exclut la nature rhumatismale ou nerveuse. F. explique ce cas d'après l'ancienne loi de Rosenthal-Semon.

Séance du 7 mars 1901 (1).

Président : Prof. O. CHIARI

Secrétaire : D^r C. MÜLLER

1. FEIN montre la malade dont il a rapporté l'observation à la dernière séance. La corde vocale gauche, qui, pendant neuf mois était demeurée fixée à 4 millimètres de la ligne médiane, est maintenant depuis six mois immobilisée sur la ligne médiane, à un niveau inférieur à la corde droite et excavée.

La voix qui, auparavant, n'était pas timbrée est actuellement

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 28 mars 1901.

tout à fait normale. A la demande des membres présents, la malade chante une mélodie.

2. HEINDL. — a) **Traumatisme du nez par une arme à feu.** — Diagnostic du siège du projectile dans la zone ptérygo-palatine gauche.

La balle gagna depuis le temporal droit, à travers l'orbite, la portion inférieure de l'ethmoïde droite, puis elle traversa le septum osseux et ressortit de la choane gauche à la hauteur de l'insertion du cornet moyen. Le malade fut adressé à l'auteur quelque temps après sa tentative de suicide, en raison de la suppuration nasale bilatérale et de l'impossibilité de découvrir le projectile par la radiographie. Après nettoyage et cocaïnisation partielle du nez, on vit, des deux côtés de la cloison osseuse, un gonflement de la muqueuse douloureux à la pression et laissant sourdre du pus.

On en découvrit un autre au point d'implantation du cornet moyen gauche, à l'endroit où il pénètre dans les choanes. Petite déchirure de la muqueuse se prolongeant sur le toit de la choane. Avec la sonde, on sent des os cariés. Peu après, on découvrit le projectile, que les chirurgiens extirpèrent de la zone ptérygoïde gauche en avant de la carotide. H. enleva toute la portion postérieure du vomer. Le malade se rétablit.

b) HEINDL montre une pièce de **sténose trachéale consécutive à la syphilis héréditaire** qu'il doit au Prof. Paltauf et à son assistant Sternberg. Il s'agissait d'une fillette de 12 ans et demi, soignée dans le service du Dr Mader, à l'hôpital Rodolphe, pour une toux incoercible avec crises dyspnéiques, d'une intensité toujours croissante. L'auteur pratiqua la trachéoscopie huit jours avant la mort. Les deux cordes vocales étaient dans la position d'adduction quand la malade forçait sa respiration. Elles peuvent s'éloigner au point que la fente glottique atteint 4 millimètres de diamètre. Après des pulvérisations avec une solution de cocaïne à 10 %, l'inspiration devient plus aisée et les cordes vocales s'écartent normalement.

La région trachéale supérieure est libre et parsemée de croûtes. Au-dessus de la bifurcation, sténose trachéale reconnaissable à ce que la pénétration dans la bronche gauche, à peine appréciable, est visible, tandis que celle de la bronche droite est masquée par une tuméfaction de la portion droite de la trachée. Diagnostic : sténose trachéale par gonflement (caséification) des ganglions au point de division des bronches, d'origine spécifique, bien que la malade soit indemne de syphilis et qu'un ganglion inguinal tuméfié décèle plutôt la tuberculose.

Le décès survint rapidement. A l'autopsie, Paltaut découvrit une ulcération trachéale mesurant 0^m,25 s'étendant surtout du côté de la bronche gauche.

Sur la paroi trachéale latérale et postérieure droite, on remarquait une infiltration.

Le diagnostic histologique fut : syphilis héréditaire.

3. CHIARI. — **Traumatisme du nez par une arme à feu.** — Malade de 61 ans qui s'est tiré, le 18 octobre 1900, un coup de revolver dans la région temporale droite. Il demeura vingt-quatre heures en syncope, l'œil droit est perdu et du sang suinte de la bouche et du nez. Cinq semaines après, énucléation de l'œil droit à l'hôpital Elisabeth.

Quelque temps après, le malade remarqua une certaine gêne de la respiration nasale et accusa une sensation de corps étranger dans la narine gauche.

Au-dessus du bord sus-orbitaire, on voit une cicatrice linéaire mesurant 3 centimètres de long

A la rhinoscopie, on voit dans le méat inférieur gauche un corps étranger plongeant dans le cornet inférieur, d'un gris argent et mobile sous la sonde. La distance de l'orifice nasal est d'environ 4 centimètres. Au-dessus du corps étranger se trouve une croûte desséchée. Avec la sonde on reconnaît l'existence d'une perforation.

Chiari excisa le corps étranger avec une pince ; c'était une balle de 5 millimètres de diamètre. La pointe fichée dans le cornet était un peu déformée.

4. KOSCHIER. — **Deux opérations de cancer du larynx.** — 1. — Officier de 39 ans, opéré le 29 janvier 1901, pour un carcinome épithélial pavimenteux englobant la corde vocale et le ventricule droits, ainsi que la plus grande partie de l'épiglotte et le repli pharyngo-épiglottique droit. Après trachéotomie, on extirpa les régions malades avec la lame du cartilage thyroïde droit et toute l'épiglotte. La guérison fut entravée par une élévation de température imputable à une bronchite.

Réunion par première intention. Le malade fut nourri avec la sonde œsophagienne. Au laryngoscope, on voit que la moitié extirpée du larynx est remplacée par un bourrelet cicatriciel, dont la surface est œdématiée. L'épiglotte ayant été supprimée, la déglutition est pénible, plus de la moitié des aliments étant rejetés à travers la canule. Il faudra que le malade fasse une rééducation de la déglutition.

II. — Homme de 56 ans, atteint de carcinome épithélial pavimenteux de la corde vocale gauche et du ventricule. Le 9 février 1901, on effectue la laryngectomie gauche en respectant l'épiglotte.

Deux jours après, le malade avale sans difficulté. La moitié laryngienne extirpée est remplacée par une masse cicatricielle qui, avec la corde vocale droite, assure la phonation.

Retrait de la canule au bout de six jours et occlusion de la fistule trachéale.

3. CLAR montre un **manche** construit d'après ses indications et auquel on peut adapter tous les instruments usités pour la laryngoscopie.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales et leurs complications intra-crâniennes, par le Dr Henry LUC. 1 vol. in-8° de 500 pages, avec 28 fig. dans le texte. Paris. J. B. Baillière et fils, 1900.

J'arrive bien tard pour présenter aux lecteurs des *Annales* un livre que tous ont déjà entre les mains, et que chaque jour ils consultent, l'ayant sûrement adopté comme conseil dans leurs constances difficiles. Tout au moins ai-je une excuse : en parcourant cet ouvrage, je l'ai trouvé si supérieur à tant d'autres que j'ai pensé devoir, pour lui, déroger aux us et coutumes de la presse médicale : et, avant de l'analyser, j'ai voulu le lire.

Que dirai-je maintenant à son sujet, qui ne soit l'écho des bruits qui circulent ? qu'il est une des pierres angulaires de l'édifice bibliographique national, que depuis dix à quinze ans élève le travail persévérant des oto-laryngologistes français ; et que, dégagés enfin de la tutelle allemande, nous devenons, grâce à lui et à ses analogues, des personnalités capables, sur certains points, d'en remonter à leurs anciens maîtres : tel Luc, quand il parle des sinusites de la face.

Le plan qui préside à cet ouvrage est ingénieux. Il n'étudie pas, selon l'usage, chaque affection de l'oreille ou du nez, isolée en un chapitre bien clos de toutes parts, telle une collection de médailles détaillée en des tiroirs distincts ; mais il prend le pus à l'entrée

du nez et de l'oreille, le suit dans ses migrations, reconnaît chemin faisant et nous fait reconnaître les dégâts qu'il cause sur son passage, arrive avec lui dans les « cavités aérées péri-crâniennes » et se trouve ainsi amené à nous décrire en deux parties distinctes, mais parallèles, les mastoïdites et les sinusites : où streptocoques, pneumocoques et consorts, devenus habitants de régions dissimilables, s'expriment en un langage clinique différent, mais partout pensent et agissent de même, rêvant d'envahir les territoires encéphaliques, puis d'envoyer au loin des expéditions emboliques, qui colonisent les organes et les articulations. Et, faisant comme ceux dont il décrit une page d'histoire, Luc pénètre à leur suite dans le crâne, et nous décrit les grands processus de l'abcès extradural, de la thrombophlébite des sinus, de l'abcès du cerveau et de la leptoméningite. Tour à tour auriste, opérateur et neuropathologiste, il nous prêche d'exemple que le spécialiste, loin de confiner ses tendances en un espace exigü de la pathologie, est tenu, au contraire, d'étendre ses connaissances à la fois sur la médecine et sur la chirurgie.

Qu'au bon vieux temps, où les auristes soufflaient et les laryngologistes badigeonnaient, la médecine générale nous tint pour quantité négligeable, nul n'en saurait assurément l'en blâmer. Mais il n'en est plus de même aujourd'hui. Prière instante à nos confrères médecins de vouloir bien lire le livre de Luc : et ceux qui, parmi eux, croient encore à l'otorrhée salubre, ou ceux plus nombreux qui pensent et proclament que le pus ne mérite pas qu'on s'en soucie, quand il sort du nez ou de l'oreille, abandonneront sûrement leurs illusions en ses pages. Et non seulement, s'ils sont de bonne foi, ils seront convaincus de l'utilité de nos travaux : mais peut-être qu'en considérant, d'une part, les brillants résultats que leur donne la fière médecine générale dans le traitement du mal de Bright, de la cirrhose du foie ou du tabes, et en observant, d'autre part, ce qui résulte de nos efforts, quand facilement nous tarissons le pus du nez et de l'oreille qu'ils ne savent que regarder couler, quand presque sûrement nous l'arrêtons dans sa marche à l'étape mastoïdienne ou sinusale, mi-chemin de la vie à la mort, et quand parfois nous arrivons à le déloger du crâne, où il s'est permis d'arriver, nonobstant leurs théories diathésiques ou humorales... peut-être reconnaîtront-ils que sur la frontière qui nous sépare, l'erreur est en deçà et la vérité au-delà, de notre côté.

On ne saurait exiger de moi que j'analyse en détail les cinq cents pages qui composent ce substantiel ouvrage. Je remplirais

une entière livraison des « Annales », en racontant que Luc, dans le traitement des otites aiguës, préconise le traitement sec par le drainage avec le coton hydrophile ; qu'il est, pour l'otorrhée, partisan fervent du curettage de la caisse et de la cautérisation au chlorure de zinc, toutes les fois que l'attique et l'antre ne sont pas en jeu ; que, dans le traitement radical du cholestéatome, il revient, après sacrifice fait à la mode du jour, qui veut partout drains et sutures, à la bonne et saine chirurgie à ciel ouvert, qui maintient béant l'orifice rétro-auriculaire, pour les cas où il y a lieu de sacrifier la brillance de l'opérateur à l'intérêt du patient.

Inutile de dire que les chapitres qui traitent de la cure radicale des sinusites frontales et maxillaires sont faits de main de maître : mieux que cela, ils sont faits de la main du maître. Ces pages sont la partie originale de l'ouvrage : elles feront date dans l'histoire de la rhinologie.

Très bien mises au point sont les petites monographies de la mastoïdite de Bezold et du cholestéatome : fort intéressante aussi l'étude parallèle des deux formes de pyohémie otogène, avec ou sans thrombo-phlébite des sinus.

La dernière partie, qui traite des suppurations encéphaliques, n'est encore qu'une ébauche : mais, si obscure encore est leur histoire, que le temps n'est pas venu où l'on puisse définitivement publier le « livre jaune » des relations entre l'oreille et l'encéphale.

Le livre de Luc a cette particularité qu'il avance et retarde à la fois. Il est, pour le fond, un ouvrage d'avant-garde, plaidant la cause de méthodes opératoires, que certains d'entre nous hésitent encore à adopter. Mais sa forme est celle d'un autre âge : on n'y trouve pas la langue scientifique moderne, sèche et concise, qui pose une indication thérapeutique, comme elle résout un problème de géométrie. Le langage qu'emploie Luc est tout autre : il a conservé la douce formule française, qui veut avant tout convaincre en séduisant ; et j'imagine que, si parmi les grands cliniciens qui firent, au milieu du siècle dernier, la réputation de la chaire de l'Hôtel-Dieu de Paris, il s'en trouvait d'aventure un qui voudrât revenir parmi nous en auriste, il parlerait cette même langue. Certains chapitres du livre de Luc font penser aux cliniques de Trousseau sur l'ozène, erreurs en moins. De ce contraste se dégage un charme qui surprend : ainsi plait un roman contemporain, paré d'une vieille reliure.

M. LERMOYEZ.

ANALYSES

— OREILLES

De la psychophysiologie de la corde du tympan, par P. KIETSOW ET NADOLECZNY (*Zeitschr. f. Physiol. und Psychol. der Sinnesorgane*, 1900, vol. 23, p. 33).

Ce travail, fait à l'Institut physiologique de Turin, se base sur des observations de malades opérés par le Prof. Gradenigo.

Dans un cas, c'est un garçon de 15 ans qui subit l'opération de Stacke pour une otite moyenne chronique avec perforation du tympan ; au cours de l'opération on enlève le marteau et une partie de l'attique. Quelques semaines après l'opération, en touchant avec le stylet un point de la caisse du tympan on provoque une sensation de saveur métallique acidulée au niveau de la moitié antérieure gauche de la langue ; par des essais ultérieurs on peut établir que la sensation était éveillée par l'excitation d'un point très précis sur la partie postérieure de l'anneau tympanique, point qui répond à l'émergence de la corde du tympan hors de l'os. L'excitation mécanique plus forte provoque en même temps que la saveur une sensation douloureuse dans la langue et dans les premières molaires supérieures. L'excitation électrique donna les mêmes résultats. D'autre part la langue offrait une région d'anesthésie gustative précisément au bord gauche dans la sphère d'innervation sensorielle de la corde du tympan.

Dans un autre cas, il s'agit encore d'un jeune garçon de 15 ans, atteint d'otite moyenne bilatérale, traitée par le curettage, l'ablation du marteau carié, les cautérisations avec l'acide chromique. Un point unique, bien déterminé, est le point de départ de sensations linguales ; la muqueuse linguale présentait au bord gauche de la langue une bande anesthésique allant de la pointe à la région des follicules, bande d'anesthésie gustative seulement, la sensibilité à la douleur et au contact étant normale. Dans cette même région l'excitation de la corde du tympan dans l'oreille moyenne provoquait des sensations négatives variables suivant les substances irritantes employées, le patient accusant tantôt un goût acide, tantôt un goût salé, ou d'eau de Seltz, ou bien ressentant des picotements, une impression de froid ou de simple contact.

M. N. W.

Verrue hémorragique de l'oreille guérie par un remède populaire (urine.) par F. MOSBACHER (*Münch. med. Woch.*, 6 février 1900).

Femme de 58 ans portant dans la fosse de l'oreille droite une verrue qui saignait au moindre contact, lorsqu'elle se lavait ou se peignait. Sachant que ces tumeurs épidermoïdales peuvent dégénérer facilement en cancer, l'auteur conseilla à la malade l'excision de la verrue sous anesthésie de Schleich en lui faisant observer qu'elle conserverait seulement une cicatrice à peine visible.

Effrayée à l'idée d'une opération, la dame ne reparut plus jusqu'à ce qu'elle fit rappeler M. il y a trois semaines; elle était au lit avec un érysipèle limité à la moitié droite de la face mais s'étendant à la ligne médiane, au front et au dos du nez. Infiltration et sensibilité des ganglions préauriculaires, maxillaires et sublinguaux. L'érysipèle et la verrue disparurent en quelques jours.

On sait que souvent l'érysipèle détermine la guérison de certaines tumeurs carcinomateuses et sarcomateuses, mais la malade n'accepta pas cette explication, elle montra en souriant à l'auteur l'endroit où avait siégé la verrue et lui raconta que ce que les médecins croient guérir par des opérations cède souvent à des traitements populaires inconnus des savants. Une vieille femme lui conseilla de laver tous les matins sa verrue avec l'urine rendue pendant la nuit par une vierge (Jungfrau); aussi est elle persuadée que c'est ce moyen qui lui rendit la santé tandis qu'il fut certainement la cause déterminante de l'érysipèle.

M. N. W.

Extraction d'un corps étranger de l'oreille, par J. G. MACASKIE (*Lancet*, 2 juin 1900).

L'auteur fut appelé à examiner un écolier qui s'était introduit dans l'oreille droite la gomme d'un crayon. Il était impossible de l'extraire soit par une pince, soit par des lavages. Le lendemain, M. enduisit un bout de ficelle de seccotine⁽¹⁾ et l'approcha de la gomme, puis il entoura le tout d'ouate. Au bout de 24 heures, la cohésion permit d'extraire la masse sans la moindre difficulté.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Larves dans l'oreille, par BARRIO Y PENARIEDONDA (*Rev. de Med. Contemporanea*, n° 261, 1899, in *Arch. latinos de Rin. Lar. Otol.* mars-avril 1900).

Enfant de quatre ans porteur, au dire de la mère, de vers dans

(¹) Sorte de colle, article breveté.

l'oreille; faute d'instruments spéciaux, l'auteur injecta d'abord de l'eau légèrement salée puis de l'huile, mais ces moyens échouèrent. Il eut ensuite recours à une pommade composée de vaseline et de calomel qui provoqua l'asphyxie des larves. Les douleurs intenses ayant cessé, on retira avec des pinces les corps étrangers, puis pendant quelques jours on pratiqua des lavages antiseptiques pour éviter la suppuration.

Lupus de l'oreille par LIARAS. (*Rev. de laryng.*, 3, 10, 17 février 1900).

Intéressante revue d'une question assez peu connue.

I. *Lupus du pavillon*. — Variété rare, isolée ou associée à d'autres manifestations; est ordinairement bénin, quoique pouvant amener des cicatrices difformes et gênantes par suite de destruction étendue.

La forme tuberculeuse est ou non ulcérée; c'est une sorte de masse myxomateuse, fort rebelle au traitement et fréquente en récidives.

Outre le traitement général, on doit ici recourir surtout au galvano et aux scarifications. L'électro- et la photothérapie ont paru donner des résultats encourageants. La forme érythémateuse est caractérisée par des lésions d'infiltration sans amas bacillaires également sérieuse et tenace, justiciable du traitement général et de moyens locaux tels que topiques et parfois scarifications.

II. *Lupus du conduit*. — Forme bien plus rare que la précédente, dont elle n'est ordinairement que la propagation. Le pronostic est plus réservé à cause de la situation plus profonde des lésions, du voisinage du tympan; des dangers d'atrésie avec leurs conséquences fontionnelles; lésions à bien différentier des ulcérations scrofuleuses ou syphilitiques.

III. *Lupus de l'oreille moyenne*. — Dont on possède à peine quelques observations; otite sans caractéristique d'ailleurs.

Tendance lente à guérison par oblitération de la caisse par prolifération fibreuse. Les lésions de la trompe, consécutives à celles du naso-pharynx nécessitent un bougirage souvent laborieux; parfois la myringo- ou myringectomie. H. RIPAUT.

De l'amélioration de l'ouïe chez les sourds-muets par BOGDANOFF-BERESOVSKY (*Wratch.*, 1900, p. 613).

Il y a en Russie environ 200.000 sourds-muets dont 45.000 de

l'âge scolaire ; un millier environ ont trouvé place dans les écoles spéciales et parmi ces privilégiés il y a des aphasiques, des idiots entendants ou non, des sourds psychiques (aphasie transcorticale qui n'ont rien à gagner en ce séjour. L'otiatricie en général : l'étude de la surdi-mutité plus particulièrement sont encore à l'état d'ébauche en Russie. L'auteur a étudié la question à la clinique du Prof. Simanovsky et à l'école des sourds-muets de Saint-Petersbourg où il a introduit les méthodes d'éducation de l'ouïe préconisées par Urbantschitsch. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants et il n'est plus permis de négliger ce qui persiste du pouvoir auditif chez un grand nombre de sourds-muets.

M. N. W.

Insufflation et médication de l'oreille moyenne dans l'otite moyenne non suppurée, par E. O. BELT (*Maryland med. journ.*, 30 décembre 1899. in *Laryngoscope*, mars 1900).

L'auteur préconise l'emploi plus généralisé des appareils à air comprimé. Il objecte à la Politzération que les enfant en sont effrayés et qu'ils refusent la seconde application. Les adultes sont frappés par la brusquerie de cette méthode et étouffent en conservant l'eau dans la bouche.

Le tympan se rompt parfois, surtout quand il est aminci par l'atrophie.

Le principal inconvénient du cathéter est la meurtrissure déterminée par son passage. B. conseille d'irriguer d'abord le pharynx nasal avec une solution modifiée de Dobell, qui non seulement lave mais réduit la turgescence de la muqueuse et par conséquent augmente le calibre des fosses nasales et de la trompe d'Eustache, facilitant ainsi l'insufflation. Il faut que l'appareil à air comprimé exerce une pression de 10 à 25 livres. L'air passe à travers un globe à trous et sa force est modifiée par l'élasticité de tubes en caoutchouc. Le malade gonfle ses joues, on introduit l'embout dans une narine et l'air pénètre d'un côté et ressort de l'autre. Si la trompe est très rétrécie on y introduira quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 4%. Cette méthode appliquée avec l'interrupteur de Davidson permet de masser le tympan et les osselets.

L'auteur est opposé à l'injection de liquides dans l'oreille moyenne à travers la trompe.

De l'emploi des émissions sanguines et des réfrigérants dans les otites moyennès aiguës, par Mior (*Rev. de Laryng*, 24 février 1900).

L'auteur insiste sur les bons effets des émissions sanguines faibles dans les otites aiguës, particulièrement chez les enfants.

Il préfère les sangsues aux ventouses ; il les place ou au niveau du tragus, ou dans l'angle rétro maxillaire ; leur nombre est proportionnel à l'âge de l'enfant et ne doit pas être exagéré.

La révulsion sanguine ne doit pas être appliquée tardivement ; mais le plus près possible du début des accidents ; elle sera parfois utilement renouvelée.

La méthode par les compresses d'eau froide ou glacée agit avec moins de constance, demande beaucoup plus de temps pour manifester ses effets, enfin si elle n'est pas tolérée, exagère l'inflammation ; le Docteur Miot, tout en l'employant aussi, ne lui donne donc pas la préférence.

H. RIPAUT.

Otite moyenne pneumococcique au cours de la pneumonie, par E. HIRTZ (*Bull. et mém. de la Société méd. des hôpitaux de Paris* 8 novembre 1900).

H. après avoir fait la bibliographie du sujet rapporte l'observation d'une malade qui contracta en soignant son mari une otite bilatérale.

L'examen du pus otique fut pratiqué à l'Institut Pasteur, on y trouva de nombreux pneumocoques ainsi que de petits bacilles indéterminés. L'auteur estime que la contagion s'est produite par le conduit auditif et les fosses nasales.

A. G.

Otites moyennes aiguës au cours de la scarlatine et de la rougeole, par E. H. MAY (*Arch. of pediatr.*, juillet 1899, in *Laryngoscope*, avril 1900).

Au cours de ces dernières années, ces complications ont beaucoup diminué de fréquence. Environ 20 % des scarlatineux souffrent des oreilles, surtout en hiver. On observe des otites catarrhales et suppurées, mais elles sont difficiles à différencier tant qu'il n'y a pas de perforation. On rencontre des streptocoques ; des staphylocoques et des pneumocoques dans le pus ; aussi est-on fondé à croire que la nature de l'écoulement dépend du genre d'infection. On trouve le streptocoque dans les formes graves. La

plupart des complications otitiques éclatent à la fin de la première semaine, lorsque la fièvre a cédé; une brusque élévation de température est un signe diagnostique important révélateur d'une inflammation auriculaire. Au début, la membrane est plus ou moins rouge, si cette coloration se borne à la membrane de Shrapnell, elle indique une suppuration grave. Une résolution prompte peut survenir par l'issue du pus à travers la trompe d'Eustache, mais cet événement ne se produit pas dans les cas de suppurations. Le traitement préventif consiste en lavages antiseptiques des fosses nasales; puis on essaiera de prévenir la perforation et en cas d'échec, on pratiquera la paracentèse. L'auteur est partisan de l'insufflation par le procédé de Politzer qui bien appliqué peut quelquefois faire avorter des catarrhes ou de légères suppurations. Dans les cas douteux, on incisera toujours.

Contribution à l'étude des affections auriculaires diabétiques, par FRIEDRICH (Physiol. Verein in Kiel; in *Munch. med. Woch.*, 6 mars 1900).

Après l'exposé de trois observations personnelles, l'auteur décrit une sorte d'ostéite mastoïdienne primitive rencontrée au cours du diabète et semblable aux cas rapportés par Kuhn et Körner. L'affection atteint surtout après un refroidissement les individus n'ayant jamais souffert auparavant de maux d'oreille.

Dès le début la mastoïde est attaquée et on voit apparaître rapidement les douleurs osseuses, un affaissement général et des infiltrations et finalement un abcès de fixation.

L'affection ayant une allure très rapide, on interviendra aussitôt que possible; mais si le malade a trop de sucre l'opération est contre indiquée, la narcose pouvant déterminer la mort.

L'incision de Wilde ne suffit pas, seule l'abrasion totale des os malades offre quelques chances de succès.

Sur quelques progrès de la chirurgie dans les otites moyennes suppurées, par ZARNIKO (Aertzl. Verein in Hamburg; in *Munch. med. Woch.*, 19 décembre 1899 et 7 janvier 1900).

Dans la première partie de sa communication Z. donne des détails anatomiques sur la situation des osselets et la pneumatisation du temporal. Il décrit aussi les développements des cellules mastoïdiennes et le trajet du facial. La seconde partie traite des progrès de la chirurgie de l'oreille moyenne au cours des 40 der-

nières années. Auparavant on se bornait à la trépanation mastoïdienne par le procédé de Schwartze, intervention dont le résultat était toujours très incertain. L'auteur parle ensuite de l'opération de Küster, qui est indiquée dans tous les cas où les cellules mastoïdiennes et l'antre sont affectés, tandis que les altérations de la coupole et des osselets sont susceptibles de régression. Enfin Z. envisage l'extraction des osselets, inaugurée à Halle et qu'il ne pratique qu'après épuisement de toutes les méthodes conservatrices dans les cas de lésion isolée des osselets. L'auteur considère comme l'opération idéale dans les otites moyennes suppurées, la radicale de Zaufal-Stacke qui offre l'avantage de faciliter grandement le traitement consécutif, et peut aussi améliorer l'audition. La plastique de Kerner donne aussi de bons résultats. Z est opposé à l'emploi du « protecteur » contre la blessure du facial.

Traitement abortif de la mastoïdite aiguë, par J. F. M. KERNON
(*Med. News.*, 25 août; in *N.-Y. med. record*, 1^{er} septembre 1900.

L'auteur dit que lorsque le drainage de l'oreille moyenne est insuffisant, il faut agrandir la perforation tympanique naturelle, et si la portion supérieure de l'oreille moyenne ou de l'attique est infectée, il faut ouvrir la membrane de Shrapnell et poursuivre l'incision des tissus, jusqu'à la paroi supérieure du conduit, ce qu'on dénomme parfois incision interne de Wilde. Ensuite le malade garde le lit et est soumis à la diète liquide; application d'un rouleau de glace sur la mastoïde, purgation et lavages du conduit toutes les deux ou trois heures, selon le caractère de l'écoulement avec une solution chaude de bichlorure de mercure à 1.4⁰⁰⁰/₀₀₀. La glace est appliquée pendant 24 heures; au bout de ce temps, la tuméfaction a disparu ou s'est du moins notablement atténuée. Généralement en deux jours le malade entre en convalescence et tout péril mastoïdien est écarté. Mc Kernon est absolument opposé au traitement chaud, humide de la mastoïdite chez un malade affecté d'otite moyenne aiguë.

Complications mastoïdiennes dans l'otite moyenne aiguë, par S. G. DABNEY, (*Laryngoscope*, janvier 1900).

L'auteur décrit un cas de mastoïdite accompagné de fièvre et de douleurs intenses chez un homme de 26 ans. L'incision amena une guérison rapide.

D. rapporte aussi une observation de mastoïdite évoluant sans douleur chez un enfant de 5 ans malgré la présence du pus dans les cellules. Une autre fois il trouva les cellules mastoïdiennes et l'antre formant une cavité unique sans lésion de l'oreille moyenne.

L'évolution de la trépanation de la mastoïde, par J. HERR LOVE (*Glasgow med. journ.*, 1900, p. 402).

L'opération de Schwartze a fait époque dans la chirurgie de la région mastoïdienne ; son but est de mettre à nu les recoins osseux de la région en créant une seule cavité à parois unies, et ce but est atteint par l'ablation de la paroi postérieure du conduit auditif osseux et par le drainage de l'oreille moyenne par cette voie.

Mais tout le monde connaît des cas où la guérison n'a pas été définitive et où une nouvelle intervention est devenue nécessaire par suite de la stagnation du pus lorsqu'on se croyait près de la cicatrisation. Le point faible du procédé de Schwartze réside dans l'existence de deux canaux, le conduit auditif externe et le conduit mastoïdien artificiel, qui se rencontrent par leurs extrémités profondes et entre leurs extrémités la paroi postérieure cutanéocartilagineuse du conduit auditif fait obstacle. C'est pourquoi l'auteur a substitué à cette opération à double canal un procédé à canal unique. Il fend la paroi membraneuse du conduit auditif externe, ce qui permet de recoudre la plaie postérieure après l'évidement de la mastoïde et de continuer le traitement par le conduit auditif, car les parties profondes de l'oreille et de la mastoïde sont rendues accessibles en droite ligne. Cinq opérations résumées.

M. N. W.

Trépanation ostéoplastique de l'apophyse mastoïde, par KÜSTER (*Centralbl. f. Chir.*, 28 oct., 1899, p. 1145).

L'auteur emploie le procédé suivant basé sur les principes de la trépanation ostéoplastique pour les lésions crâniennes d'après König.

L'oreille étant fortement attirée en avant, une incision est faite immédiatement à sa limite postérieure. Cette incision commence un peu au-dessus de la paroi supérieure du conduit auditif, se dirige en bas, contourne la pointe de l'apophyse et arrive sur son bord postérieur jusqu'à sa naissance. L'incision se poursuit jusqu'à l'os. Puis on détache le périoste à l'aide d'un ciseau

juste de façon à avoir un espace suffisant ; finalement on établit un lambeau cutanéopériosté osseux. Le foyer malade ayant été convenablement traité, le lambeau est rabattu après avoir tamponné la cavité avec une mèche de gaze iodoformée.

Jusqu'ici l'auteur a employé ce procédé dans 9 cas.

GEORGES LAURENS.

Autoplastie partielle du pavillon de l'oreille par GAVELLO (*Giornale della R. Acad. di med. di Torino* 1898, p. 213).

L'auteur a employé le procédé suivant pour réparer le pavillon de l'oreille d'une jeune fille de 19 ans détruit par un lupus.

1^{re} Temps. Extirpation de la tumeur et excision de tout le lobule et d'une partie du cartilage de la conque.

2^e Temps. Autoplastie par la formation d'un lambeau de peau pris sur la région latérale du cou au-dessous de l'insertion du pavillon.

Le lambeau a la forme d'un double lobule soit de deux triangles égaux à angles mousses retenus par un pont de tissu. Le pédicule est situé en avant sur la ligne qui continue en bas l'insertion du pavillon. Les deux lambeaux sont repliés sur la ligne médiane, les deux faces cruentées étant au contact et les deux faces cutanées deviennent l'une externe, l'autre interne. Le bord supérieur du lambeau est attiré en haut et suturé avec le bord avivé du pavillon. Le bord inférieur qui doit figurer le bord libre du lobule est suturé de façon à réunir en bas les deux parties du lambeau.

3^e Temps. Réparation de la perte de tissu du cou par un lambeau pris par glissement sur les parties voisines.

La guérison *per primam* fut un peu retardée au niveau du lobule pour lequel il fut nécessaire de recourir à une greffe de Thiersch.

GEORGES LAURENS.

De la dégénérescence cancéroïdale des vieilles otites suppurées,
par CARLE (de Lyon) (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 2 avril 1899).

L'auteur rapporte l'observation d'une malade atteinte d'un néoplasme de l'oreille greffé sur une vieille otite moyenne suppurée. Les faits sont très rares : il n'en existe que quelques observations.

Cliniquement, l'apparition rapide de douleurs névralgiformes, la

paralysie faciale, l'envahissement de la région mastoïdienne sont les meilleurs et plus constants symptômes.

GEORGES LAURENS.

Des difficultés de diagnostic dans certains accidents cérébraux d'origine auriculaire, par RÖPKE (*Münch. med. Woch.* 1900, p. 319).

Obs. 1. — Jeune fille de 25 ans, atteinte d'otorrhée droite depuis sa première enfance; il survient sans cause appréciable de la fièvre, des vomissements, des douleurs violentes dans la région occipitale droite, des secousses dans les membres du côté droit; enfin, au bout d'une vingtaine de jours elle perd connaissance subitement, puis revient à elle et entre à l'hôpital quelques jours plus tard un peu obnubilée, avec de la raideur de la nuque, une température de 38°,5-39° sans phénomènes paralytiques. La trépanation mastoïdienne est pratiquée le jour même, mais on ne trouve pas autre chose que de l'otite externe et moyenne avec carie du conduit; les accidents s'aggravent encore après cette intervention, mais le pouls tombe à 60 (il était à 120) et la température à 37° 5; la malade est agitée, saute à bas de son lit, les papilles sont congestionnées et il y a des secousses dans les membres. Une intervention est alors faite, le sinus latéral découvert dans une grande étendue est normal, la fosse cérébelleuse est normale, le cervelet ponctionné dans divers sens n'offre pas d'abcès, il en est de même du lobe temporo-occipital. Néanmoins cette intervention eut pour résultat la cessation rapide des accidents; le pouls, tombé d'abord à 40 battements par minute, se relève graduellement, les douleurs disparaissent et peu de semaines plus tard la patiente est absolument rétablie et l'ouïe même est revenue à l'oreille malade dans une mesure notable.

Obs. 2. — Garçon de 14 ans, atteint d'otite et de mastoïdite suppurées depuis 2 ans, pris depuis un mois d'accidents cérébraux: céphalalgie, convulsions de temps en temps, secousses dans les membres, parésie de la moitié droite de la face, exagération des réflexes, enfin fièvre. Un évidemment soigneux de l'oreille et de la mastoïde, la mise à nu du sinus latéral montrent que les parties profondes ne sont pas atteintes; néanmoins des symptômes graves, la respiration Shyne-Stokes, les secousses convulsives, la perte de connaissance font recourir à une seconde opération, au cours de laquelle on ne trouve aucun abcès cérébral, l'enfant guérit comme dans le premier cas.

OBS. 3. — Fille de 14 ans ; après avoir souffert d'une otorrhée chronique pendant plusieurs années, l'enfant présente pendant une quinzaine de jours tous les symptômes d'une méningite d'origine otitique, puis les phénomènes cérébraux disparaissent, l'état général redevient normal. Une trépanation mastoïdienne avec curettage des fongosités de l'oreille moyenne et du limaçon n'altère en rien l'état général, mais la suppuration de l'oreille continue avec une abondance extrême. Un mois plus tard on fait un second curettage du labyrinthe dont on extrait encore des séquestres. L'opération est suivie d'accidents méningitiques graves, qui entraînent la mort de l'enfant.

L'auteur pense que dans ces trois cas les accidents cérébraux observés ne pouvaient être que l'expression d'une méningite aiguë suppurée de la base avec hydrocéphalie interne, dont la guérison a été favorisée dans les deux premiers cas par la décompression ; dans le dernier cas la méningite, guérie spontanément, enkystée, a été rouverte pour ainsi dire et s'est généralisée par suite de la seconde opération.

M. N. W.

Un cas de piqûre de l'oreille avec écoulement de liquide céphalo-rachidien, par SÖHNERG (Münch. med. Woch., 1900, p. 81).

Un homme de 49 ans, extrêmement vigoureux, tombe subitement au milieu d'un tour de danse en criant : « on m'a piqué dans l'oreille ». Il peut se relever un instant après, mais il chancelle et n'arrive qu'avec peine chez lui, quoique bien soutenu : des vomissements continuels, du vertige au moindre mouvement, de vives douleurs dans l'oreille et dans la tête, quelques lypothimies sont observées pendant 36 heures avant qu'on ne se décide à conduire le malade à la clinique des maladies de l'oreille. L'auteur constate une éraflure du conduit et une perforation de la membrane du tympan de l'oreille gauche ; l'ouïe est très peu troublée ; l'oreille est nettoyée, débarrassée d'une petite quantité de sang et d'eau et tamponnée légèrement. Le malade se trouve très bien au lit, mais le lendemain, en débouchant l'oreille on provoque une perte de connaissance avec arrêt du pouls, ce qui ne dure qu'un instant ; le tampon est plein de liquide et on en recueille facilement une quantité suffisante pour l'examiner : c'est du liquide céphalo-rachidien ; pendant une quinzaine encore le malade éprouve des vertiges et quelques céphalées, puis la guérison est définitive, la perforation cicatrisée. L'insignifiance des troubles auditifs doit faire exclure la blessure du labyrinthe, il faut

admettre une perforation du tegmentum, de la dure-mère et la pénétration directe dans l'espace sous-arachnoïdien. L'instrument piquant a dû être une aiguille de chapeau d'une danseuse.

M. N. W.

Réséction large du rocher, par DEPAGE (Société belge de chirurgie, 22 octobre 1898).

D. a été amené, dans un cas de suppuration rebelle du rocher, consécutive à une otite moyenne, à réséquer presque totalement cet os. Il s'agissait d'un homme de 29 ans, qui avait subi antérieurement cinq opérations pour la même affection. Depage employa le procédé de Chaput et arriva à réséquer l'os jusqu'au niveau de la carotide. Le sinus latéral fut mis à nu sur toute la partie correspondant au rocher, et le golfe de la veine jugulaire fut ouvert. L'hémorrhagie qui en résulta, quoique très abondante quand on exerçait une traction sur la veine, fut facilement arrêtée par le tamponnement. Au cours de l'opération, le facial fut sectionné.

Le malade est complètement guéri de la suppuration dont il fut atteint pendant des années, mais il existe une paralysie faciale complète, dont d'ailleurs il ne se plaint nullement.

GEORGES LAURENS.

Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la pyémie otogène, par E. KUMBERG (*Wojenno Med. Shurn*, novembre 1899, in *Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 49, H. 4, 1900).

Aux causes jusqu'ici admises de la pyémie otitique telles que la thrombose des sinus ou l'ostéo-phlébite, l'auteur ajoute que le pus peut pénétrer dans la circulation veineuse sans participation du sinus. Dans les cas où l'inflammation de l'oreille moyenne après avoir atteint la mastoïde détermine un phlegmon du revêtement mastoïdien cutané, il peut se produire comme pour les autres phlegmons une thrombose de veines voisines avec développement consécutif d'une pyémie veineuse superficielle.

K. rapporte alors les cas publiés par les auteurs russes : Turner, Lokteff, Orlow, Heiman, Modlinski, Voss et cite une observation personnelle concernant un soldat de 25 ans affecté d'une otite moyenne suppurée aiguë. Empyème mastoïdien probable. Température élevée. Trépanation le sixième jour. Pus épais dans l'antre. Après l'opération les douleurs cessent, mais la température oscille entre 37,2 et 40,8. Sueurs. Toux. Suppuration du

genou droit qui incisé livre passage à une grande quantité de pus. Le malade s'affaisse visiblement.

Quatorze jours après l'intervention mastoïdienne, ligature et section de la jugulaire interne pour découvrir le sinus transverse dont la paroi est normale. La ponction ayant donné issue à du sang pur, on n'ouvre pas le sinus. Frissons le lendemain. Température pyémique. Métastase dans une épaule qui cède à l'action de l'iode et du salicylate de soude. Vingt-huit jours après la ligature de la jugulaire, ouverture de deux abcès de la cuisse droite et du tibia gauche. La température redevient normale et la guérison suit son cours. Au bout de cinq mois et demi de maladie, le malade quitte l'hôpital en parfaite santé, le tympan et la plaie rétro-auriculaire sont cicatrisés, audition presque normale.

L'auteur n'ose décider s'il s'agissait d'une thrombose de la paroi du sinus transverse ou d'un autre sinus, ou d'une pyémie sans participation sinusienne. K. explique les métastases survenues à la suite de la ligature de la jugulaire par des dépôts de parcelles infectées existant dans diverses régions du corps avant l'opération et s'étant réveillés sous l'influence de celle-ci.

Mastoidite, otite moyenne aiguë et pyémie d'origine traumatique chez un épileptique, par R. A. WILSON (*Lancet*, 12 mai 1900).

Epileptique marié, âgé de 37 ans, admis dans un asile le 27 avril 1892. Il mena une existence tranquille jusqu'au 26 janvier 1893, époque à laquelle il eut une crise d'épilepsie. Pendant plusieurs années il souffrit de temps à autres de douleurs mastoïdiennes et de surdité légère, mais sans symptômes objectifs ni tuméfaction de la paroi postéro-supérieure du conduit. Le 16 novembre 1899, attaque épileptique avec plaie de la paupière droite et contusion auriculaire du même côté. Le 24, otorrhée droite suivie au bout de trois jours de perforation tympanique. Le 4 décembre, l'écoulement devint plus abondant et la température atteignit 100° F. La suppuration augmentant toujours, on dut pratiquer six lavages le 5 décembre. Température 100° F. Le 11 l'écoulement se modéra, mais la température se maintint; le 12 elle tomba à 98,8 le matin pour remonter à 102,2 dans la soirée; le 13 elle oscilla de 99,6 à 103,4 et le 14 elle varia de 104,4 à 103,4. Le 15, la suppuration augmenta. Température 104,2 le matin et 106,4 le soir. Le caractère typhique de la température se prolongea pendant deux jours variant de 104,6 à 106,4 le 16 et de 101, à 104,8 le 17. Le 18 décembre, température 101,4 le matin et 101,6

le soir. Diminution de l'écoulement. Le malade était hébété, irritable et recueillait avec peine ses idées pour répondre aux questions qu'on lui posait. Le 19 décembre, température du matin 99,2 et 104,8 le soir. Le 20, 99,6 dans la matinée et 103,2 dans la soirée. On évacue une collection purulente du coude gauche. Le 21, ouverture d'un abcès du métacarpien gauche. L'écoulement auriculaire redevient plus abondant. Transpiration abondante, alternant avec des frissons. Démarche incohérente. Température, 102 le matin et 101° le soir. Le 22, température du matin 100. Evacuation d'une collection purulente de l'articulation de la cheville droite. Etat très grave. Le malade ne peut parler et absorbe avec peine des liquides, il succombe à midi et demi.

Autopsie. — Aucune altération des portions pétreuse et mastoïdienne de la dure-mère, non plus que des régions antérieure et postérieure des faces pétreuse et externe de la mastoïde. Pas de modification du sinus latéral. On excise l'os formant le plancher du tympan et on découvre du pus dans la cavité. La mastoïde est bourrée de pus caséux ; ses parois sont minces, mais dures et denses. Existence d'une libre communication entre cette cavité et le tympan.

Remarques. — On peut admettre que le traumatisme de janvier 1893, joint à la nutrition des cellules mastoïdiennes a été le point de départ des lésions et que la chute du 16 novembre 1899 a déterminé la mort. Plusieurs circonstances doivent être notées : 1° contrairement à ce qui a lieu d'habitude, la maladie a d'abord attaqué la mastoïde puis s'est propagée à l'oreille moyenne ; 2° les symptômes sont demeurés longtemps latents, causant peu de douleur et une surdité légère ; 3° la terminaison rapide après la lésion du tympan ; 4° la limitation de l'affection à la mastoïde et à la cavité tympanique et la non implication des membranes et du sinus latéral, bien que la pyémie ait entraîné la mort.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Relation des lésions des sinus et de la méningite avec l'otite moyenne suppurée par W. SCHELL (*Indiana med. journ.*, décembre 1899, in *Laryngoscope*, mars 1900).

A l'autopsie d'un enfant de 9 ans mort d'une otorrhée avec symptômes méningitiques, on trouva le sinus sigmoïde et une partie du sinus latéral décolorés ainsi que la dure-mère, les os pétreux et l'occipital. Lepto-méningite cérébro-spinale suppurée externe et interne tirant son origine de l'infection à travers l'aqueduc co-

chléaire. Nombreuses masses cholestéatomateuses dans la portion pétreuse du temporal et surtout dans le labyrinthe osseux où les canaux semi-circulaires étaient envahis.

Un cas de thrombose des sinus, par A. R. BAKER (*Cleveland tred. Gaz.*, septembre 1899, in *Laryngoscope*, janvier 1900).

Des phénomènes septiques sans accidents cérébraux à la suite d'une intervention mastoïdienne firent diagnostiquer une thrombose des sinus. Pas d'hémorrhagie consécutive au dégagement du sinus sigmoïde que l'on curetta jusqu'à ce que le sang jaillit, puis on pratiqua un tamponnement à la gaze iodoformée. La partie inférieure fut curettée jusqu'à la jugulaire. Guérison ininterrompue.

Mastoïdite avec thrombose du sinus latéral et de la jugulaire interne, par X. DELORE (*Gazette des hôpitaux*, 28 mars 1899).

L'auteur rapporte le cas d'un jeune homme de 20 ans, atteint d'otite moyenne suppurée datant de deux mois et qui se compliqua de mastoïdite avec thrombose du sinus latéral et de la jugulaire interne. La trépanation de l'apophyse, suivie de la ligature de la jugulaire et du drainage du sinus, guérit le malade.

GEORGES LAURENS.

Otite moyenne avec abcès développé autour du sinus transverse, par LUDWIG ET SANGER (Société médicale de Hambourg) 16 janvier 1900).

Ces auteurs communiquent l'observation d'un homme pris d'otite moyenne suppurée avec céphalalgie violente. La paracentèse du tympan produisit une très légère amélioration, et dès le lendemain le malade fut pris de frissons qui se répétèrent les jours suivant. La trépanation de la mastoïde fut jugée nécessaire, mais l'opération n'eut aucun succès : la céphalalgie revint aussi violente qu'auparavant, en même temps que se déclara une fièvre irrégulière ; le pouls se ralentit et au bout de quelques jours l'apparition d'une stase veineuse au niveau des deux papilles optiques ne laissait aucun doute sur l'existence d'un abcès du cerveau, d'autant que le malade présentait en même temps de la diplopie, une démarche chancelante et enfin une abolition des réflexes rotuliens.

L'ensemble de ces symptômes faisant penser à l'existence d'un abcès au niveau du lobe temporal, c'est à ce niveau que fut faite

la trépanation ; on constata à cette occasion que le sinus transverse était thrombosé, mais on ne trouva pas de pus. Une seconde intervention faite à huit jours de distance n'eut pas plus de succès.

Comme le malade était un ancien syphilitique, on pense à la possibilité d'une gomme du cerveau et on institue le traitement mixte. Ce traitement échoua à son tour, lorsqu'un jour une tumeur fluctuante apparut au niveau du pariétal ; la ponction ayant amené du pus, on fit à ce niveau la trépanation qui montra qu'il s'agissait d'un abcès sous-dure-mérien dont le pus a passé le long d'une veine émissaire saine. Le malade guérit après l'évacuation du foyer.

GEORGES LAURENS.

Guérison d'un cas d'otite compliquée de thrombose des sinus, d'abcès péri-sinusien, et d'abcès cérébral, par LUDWIG et SAENGER (Aertzl. Verein in Hamburg ; *Munch. med. Woch.*, 23 janvier 1900).

Capitaine au long cours ayant contracté l'été précédent à la suite d'un refroidissement sur la côte d'Afrique une otite accompagnée de céphalalgie violente. Paracentèse le 22 septembre. L'apparition des frissons ainsi que le mauvais état général firent décider l'ouverture de la mastoïde. Peu après survinrent de nouveau des maux de tête, le pouls se ralentit, les accès de fièvre furent irréguliers et on songea à un abcès cérébral. Absence de réflexes patellaires, diplopie passagère, démarche chancelante. S. conseilla l'intervention immédiate et chercha à localiser le siège de l'abcès dans le cervelet ou dans le lobe temporal que S. trépana le 17 octobre sans résultat. Au début le malade se sentit mieux, mais le 25 octobre il fallut pratiquer une seconde trépanation à la même place toujours sans trouver de pus. Le malade ayant eu la syphilis, on pensa à une tumeur mixte et on institua le traitement mixte qui demeura sans effet. Peu de temps après on assista à l'évacuation d'un abcès extra-dural. Actuellement le malade a repris ses occupations.

Otite moyenne suppurée chronique avec thrombose du sinus latéral, sans ligature de la jugulaire interne. Guérison, par A. H. CHEATLE (*Lancet*, 13 janvier 1900).

La thrombose du sinus latéral survenant au cours de l'otite moyenne provient de deux causes pathologiques différentes. D'une part, elle peut être provoquée par le passage des microbes

de l'oreille moyenne à travers la paroi du sinus, ainsi se forme un thrombus renfermant les bactéries qui l'ont formé; ce caillot crève rapidement et il y a beaucoup de chance pour qu'il éclate une pyémie embolique. D'autre part le sang peut se coaguler dans le sinus latéral et engendrer une inflammation des régions voisines; en ce cas la coagulation provient sans doute de la transsudation des toxines, le caillot est ferme et a peu de tendance à la désagrégation. Il est impossible de différencier cliniquement ces deux aspects jusqu'à l'apparition de symptômes infectieux, tels que la pyémie; mais le frisson suffit presque pour justifier la ligature de la jugulaire interne. Røpke ⁽¹⁾ a publié un cas offrant une grande analogie avec celui de l'auteur.

Enfant de 14 ans, vu le 26 juin 1899 pour une douleur auriculaire gauche et des vomissements. Dix-huit mois auparavant otorrhée bilatérale entièrement tarie. Depuis otalgies répétées, mais sans écoulement. Vertiges. L'alimentation étant devenue impossible le malade maigrit beaucoup. Deux jours avant son entrée, soulagement à la suite d'un écoulement d'oreille, mais l'enfant est très abattu; il répond à toutes les questions qu'on lui pose. En marchant il a une tendance à incliner à droite. Température 100,2 F. Pouls 104. Ecoulement purulent brun des deux oreilles, perforation bilatérale de la membrane de Shrapnell. Douleur à la pression mastoïdienne; hypertrophie glandulaire derrière l'oreille. Cœur et poumons normaux. Papillite.

Antre bourré de granulations et de cholestéatome. Carie du marteau et de l'enclume. En examinant les parois de l'antre on remarque sur la paroi postérieure un fragment osseux coloré et ramolli arrivant directement au sinus latéral. Après ouverture du sinus sur l'étendue d'un pouce de long, on voit qu'il est occupé par un caillot foncé sauf au point infecté où il présente une coloration jaune. L'exploration soigneuse du cercelet en avant et en arrière du sinus ne fournit aucun résultat. La dure-mère incisée fut suturée au catgut et on maintint le sinus ouvert. Le caillot étant sombre et ferme, on résolut de ne pas sectionner la jugulaire interne mais de détacher le thrombus autant que possible de la plaie. Dans ce but, on introduisit une curette sans provoquer d'hémorragie. Après ablation d'une portion du caillot, un flot de sang jaillit et on vit un caillot mesurant 1 pouce 1/2 de long et d'apparence saine. On arrêta l'hémorragie par un tamponnement; puis on pansa la plaie avec de la gaze iodoformée. L'opération

(1) *Archives of Otol.*, vol. xxv, n° 4.

dura une heure et quart. Au bout d'une heure frisson et élévation de la température. Depuis, la guérison s'est effectuée lentement mais sans accident.

On sait qu'il n'est pas indispensable de lier la jugulaire interne dans la thrombose du sinus latéral, mais il n'existe aucune règle à ce sujet. Goung ⁽¹⁾ a rapporté une observation de guérison sans ligature de la veine et d'autres auteurs en ont observé aussi. Bronner a vu un caillot paraissant sain retiré à travers la paroi du sinus; on referma la plaie avec un bon résultat. Toutefois en cas de frisson, on interviendra toujours; bien que ce signe ne soit pas un indice certain de thrombose septique du sinus, attendu que chez un malade soigné par M. Pritchard à King's College hospital, on remarqua des frissons dus à un empyème aigu de l'antre et aucun accident ne survint après l'abrasion de la paroi externe et l'évacuation du pus. On ne saurait trop insister sur l'urgence de l'intervention après l'apparition d'un frisson au cours d'une otite moyennée suppurée aiguë ou chronique; on ouvrira l'antre et on examinera le sinus. Un point particulièrement intéressant de l'observation de Cheate est que trois mois après l'opération, la névrite optique persistait chez l'enfant parfaitement guéri. Les vertiges provenaient sans doute de troubles de la circulation intra-crânienne imputables à l'occlusion du sinus.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Abcès cérébral consécutif à un abcès tonsillaire et à une otite moyenne suppurée non perforante, par D. M. GREENE (*Journ. amer., med. ass.* 11 novembre 1899, in *Laryngoscope*, juillet 1900).

La particularité la plus intéressante de ce cas réside dans l'origine centrale des symptômes périphériques. Au cours de la maladie, le malade prononçait seulement le mot: *non*. Il existait une paralysie faciale droite et tout le côté droit du corps était également paralysé. On trouva un vaste abcès à deux pouces au-dessus du méat audition. L'opération détermina le retour de la parole et la disparition de la paralysie.

Carie du rocher. Abcès multiples sous-duraux, extra-crâniens. Plusieurs interventions consécutives. Mort, par DEPAGE (de Bruxelles). (Société belge de chirurgie, 19 mai 1900.)

L'auteur rapporte, sans commentaires, la très curieuse observation dont voici le résumé.

(1) *Glasgow med. journ.*, octobre 1899.

Jeune fille, 16 ans, atteinte d'otorrhée gauche depuis cinq ans. Pendant cinq ans injections quotidiennes dans le conduit. Au bout de ce temps, gonflement apophysaire, torpeur, vomissements, un beau jour.

Première intervention : « trépanation de l'apophyse, curettage des cellules mastoïdiennes superficielles, ouverture d'un abcès du triangle pharyngo-maxillaire. » Pas d'amélioration, aspect typhique ; cependant pas de céphalée, pas de troubles de l'intelligence. Léger strabisme convergent : stase papillaire.

Deuxième intervention : trépanation de l'apophyse au lieu d'élection, ouverture de l'antre. Dénudation de la dure-mère en haut, qui est saine. Mise à nu du sinus dont l'aspect est normal. Dénudation de la face postérieure du rocher jusqu'au trou déchiré postérieur. L'os est carié, rempli de matières cholestéatomateuses ; il existe une fistule au-dessus et en dedans du trou déchiré postérieur. Résection du pont osseux compris entre le trou déchiré et l'extérieur : section du facial. Issue de liquide céphalo-rachidien : arrêt de l'opération. Les accidents persistent : température, état infectieux, pouls à 120, papilles de stase, paralysie de l'oculomoteur externe. D'où :

Troisième opération, six jours après : attaque du rocher par sa face inférieure. Résection de l'apophyse styloïde, ouverture d'un abcès siégeant entre le pharynx et les muscles prévertébraux, immédiatement sous le trou déchiré postérieur. Recherche de la pointe du rocher par la voie mastoïdienne : résection de la face inférieure du rocher jusqu'au trou déchiré postérieur ; ouverture de la jugulaire. L'auteur « commet alors, lui semble-t-il, une grande faute opératoire », en liant le sinus latéral. Il y eut en effet une hernie cérébrale et cérébelleuse qui nécessita une résection de la substance encéphalique.

Tentative d'une quatrième opération : ponctions cérébrales sèches. Mort quatre jours après dans le coma.

A l'autopsie : Outre les lésions déjà décrites, méningite purulente de la convexité hémisphérique.

GEORGES LAURENS.

Carie du rocher et méningo-encéphalite suppurée, par Buys (Société belge d'otologie et de laryngologie), 19 juin 1898.

B. a présenté des pièces provenant d'un enfant de 9 ans qui a succombé à une méningite purulente consécutive à la carie du rocher.

Seul l'hémisphère droit, c'est-à-dire celui correspondant à l'os

malade, présente les lésions de la méningite suppurée ; celle-ci donne lieu à de nombreux abcès situés au fond des sillons qui séparent les circonvolutions et jusque dans la substance cérébrale elle-même. C'est donc d'une véritable méningo-encéphalite suppurée qu'il s'agit.

Le rocher est entamé par la carie et la nécrose jusque près de son sommet ; on peut constater, en effet l'existence de signes nécrotiques dans le canal carotidien lui-même. Il n'y a pas de trace de phlébite ni dans le sinus transverse ni dans aucun autre sinus. La dure-mère est intacte partout.

L'infection est due au streptocoque, qui a été retrouvé à l'état pur dans le pus méningé.

Une otite d'origine non déterminée existait depuis un an. Le sujet était malingre et peu développé pour son âge ; il présentait sur la mâchoire inférieure une cicatrice adhérente, suite d'une ancienne affection osseuse. Quelques jours avant la mort se sont manifestés des accès d'épilepsie jacksonienne du côté opposé à l'hémisphère où siégeaient les lésions.

GEORGES LAURENS.

Abcès cérébral, par BALVAY (Soc. des sc. méd. de Lyon), 20 décembre 1899.

L'auteur présente un cerveau provenant de l'autopsie d'un malade atteint d'abcès cérébral et mort dans le service de M. Jamboulay.

Homme de 50 ans, qui consulte pour une otorrhée gauche datant de 4 ans, ayant cessé depuis quelques jours et s'accompagnant depuis de vives douleurs dans l'hémisphère correspondant de la tête. Trépanation mastoïdienne : on ne trouve ni cellules, ni antré, ni pus. Disparition de la douleur et de l'insomnie. La malade sort de l'hôpital, amélioré, mais y rentre quelques jours après toujours pour ses douleurs hémi-crâniennes. Trépanation au niveau de la troisième circonvolution frontale et on trouve : 1° une collection sous le muscle temporal ; 2° une perforation de l'os au même niveau ; 3° une collection entre la dure-mère et l'os ; 4° un vaste abcès sous la dure-mère. Par son incision s'écoule un grand verre de pus. Drainage. Pas d'amélioration immédiate. Deux jours après le malade reprend connaissance. Son état s'améliore peu à peu, si bien qu'au bout de quelques jours on peut le considérer comme guéri. Pendant le temps de cette guérison apparente il a présenté : 1° de l'aphasie motrice ; 2° de la cécité verbale ; 3° de la surdité verbale ; 4° de l'agraphie ; 5° de la paralysie du moteur oculaire commun et du pathétique.

Quelques jours plus tard, nouvel accès de coma sans aucun signe d'abcès cérébral. Contracture dans les muscles du côté droit. Nouvelle trépanation au même endroit que la première fois. Issue de pus. Mort dans la soirée.

A l'autopsie : lésions uniquement au niveau de la partie antérieure des deux premières circonvolutions temporales. Pas de lésion au niveau de la circonvolution de Broca. Pus autour du cervelet ayant fusé par la base du cerveau.

En résumé, cette observation est intéressante : 1° par l'absence des troubles symptomatiques d'un abcès du cerveau, puisque sauf pendant quelques jours, tout à fait au début, on n'a observé ni température, ni vomissements, ni troubles sensitifs ou moteurs.

2° par l'absence de lésions au niveau de la troisième circonvolution frontale, malgré l'aphasie constatée pendant la vie.

GEORGES LAURENS.

Otite moyenne combinée avec un abcès cérébral rhinogène, par KEBEL (Beitr. z. klin. Chir. Bd xxv, h. 2, 1899, in *Munch. med. Woch.*, 20 février 1900).

A la suite d'une observation, K. s'étend sur les symptômes de l'abcès frontal et préconise la résection sous-périostale de la paroi antérieure du sinus frontal comme offrant le plus de facilité pour dégager le sinus frontal, voir la paroi postérieure, et pénétrer dans la cavité crânienne pour rechercher l'abcès.

II. — NEZ ET SINUS

Sur la présence de microbes dans les fosses nasales normales et le pouvoir bactéricide du mucus nasal, par H. J. H. SCHOUBOE, (117 p., librairie Hempel, Odenal, Danemark, 1900).

S. commence par dire que beaucoup d'auteurs ont enregistré la stérilité de l'air expiré, de même que diverses expériences ont démontré celle de la muqueuse trachéo-bronchique ; on peut donc admettre que les bacilles apportés par l'air inspiré élisent domicile dans les voies aériennes supérieures. Dans un chapitre suivant, S. parle des recherches sur le contenu bactérien des fosses nasales. Les idées sont très partagées, certains auteurs ont rencontré de nombreux microbes, tandis que d'autres les croient rares ; il en est qui, comme St-Clair Thomson et Hewlett, décrètent la stérilité absolue des fosses nasales. La plupart des auteurs ont commis une faute en ne différenciant pas suffisamment le vestibule de la cavité nasale ; le vestibule, avec son revêtement cu-

tané et très chevelu, donne asile à une abondante flore bactérienne, de sorte qu'il faut respecter ses parois et chercher le (mucus) dans le fond. D'autre part, on admettra *a priori* que les fosses nasales contiennent toujours quelques microbes qui y pénètrent à chaque inspiration, et ne peuvent être (tirés) momentanément par le contact des parois du nez.

S. a entrepris ses recherches de la manière suivante : il introduit d'abord un spéculum de Duplay stérilisé, à travers lequel il fait entrer un spéculum de Zaufal, également stérilisé, afin de pouvoir, avec une aiguille de platine, recueillir au fond des fosses nasales une quantité suffisante de mucus, sans toucher les parois de la portion antérieure et sans que l'introduction du spéculum aide à la pénétration de microbes dans les parties profondes.

Dans douze cas, pour avoir un point de comparaison, il fit des cultures, tant du vestibule que des fosses nasales. Les inoculations vestibulaires fournirent toujours d'abondantes cultures, tandis que sept fois les inoculations des fosses nasales furent stériles et que cinq fois il n'y avait qu'un petit nombre de colonies. Quarante fois l'auteur a examiné les fosses nasales, mais il n'attache pas d'importance à 4 ou 5 colonies rencontrées à la surface des cultures ; il faut que les colonies soient nombreuses pour admettre qu'il s'agit de bacilles originaires des fosses nasales et y proliférant. Les cultures furent faites sur agar et sur sérum. Pour les cultures sur agar, on obtint 23 fois un résultat négatif, 12 fois on eut de 1 à 5 colonies, 5 fois un total dépassant 5. Les cultures sur sérum fournirent 12 fois un résultat nul, 12 fois on eut de 1 à 5 colonies et ce chiffre fut dépassé 5 fois. On rencontra 7 fois le bacille pseudo-diphthérique, 4 fois le micrococcus albuslike faciens de v. Besser (?), 1 fois le micrococcus blanc de v. Besser (?), 1 fois le sarcina lutea et 1 fois le staphylocoque doré.

Ultérieurement, l'auteur examina de nouveau quatre des cas chez lesquels on avait trouvé des bacilles et n'en rencontra aucun ou de très clairsemés.

S. relate ensuite les expériences sur les rapports de la sécrétion nasale avec les microbes, et insiste sur celles de Würtz et Lermyez. Personnellement il recueillit le mucus nasal d'individus soumis à des injections de pilocarpine dans des flacons stérilisés ; après stérilisation soigneuse, il ajoute au liquide une culture bacillaire.

Il obtint les résultats suivants : le bacille charbonneux, le staphylocoque blanc, le streptocoque pyogène, le diplocoque de Fraenkel et le bacille pseudo-diphthérique sont triés, tandis que le

staphylocoque doré, le coli-bacille, le bacille typhique, le proteus, le prodigiosus et le pyocyanique se multiplient. Le bacille de Friedlaender se comporte d'une façon inconstante. Des recherches ultérieures ont démontré qu'étant chauffé jusqu'à 70° degrés, le mucus nasal perd ses propriétés bactéricides.

J. MOELLER.

III. — LARYNX

Sur l'application du phonographe à la pathologie et à la thérapeutique de la voix, par THÉODORE S. FLATAN (*Klin. Wochenschr.*, n° 8, 23 février 1901).

Cet article traite de trois questions.

1° La technique du phonographe et les précautions à prendre pour obtenir les meilleurs résultats.

2° La valeur du phonographe au point de vue de la reproduction du langage chanté et articulé.

3° L'emploi du phonographe pour l'examen des troubles vocaux et l'étude de leur marche pendant et après le traitement.

I. — Le phonographe, malgré tous les perfectionnements de ces derniers temps, n'est pas encore l'instrument idéal pour la reproduction de la voix surtout parlée. Il s'agit donc de connaître les conditions qui peuvent lui faire donner les meilleurs résultats. Les phonographes à mouvement d'horlogerie sont presque aussi silencieux que les phonographes électriques. Les bruits accessoires qui altèrent ou dénaturent les sons, proviennent des cylindres. Il faut les choisir d'aussi bonne qualité que possible. Les cylindres plusieurs fois rabotés ont moins de bruits accessoires que les neufs.

Les diaphragmes enregistreur et reproducteur doivent être essayés comparativement, avec grand soin. Ceux qui rendront le mieux la voix seront seuls employés.

Un point très important est aussi le choix des appareils destinés à porter les ondes sonores soit à l'enregistreur, soit à l'oreille. Ils doivent ajouter le moins de vibrations propres à celles qu'on leur confie. Pour écouter un phonogramme le meilleur appareil est le tube acoustique avec deux embouts cylindriques en caoutchouc durci appliqués aux oreilles. Le cornet acoustique métallique altère le timbre de la voix. Lorsqu'on veut faire entendre un phonogramme à un auditoire, le mieux est de se servir de cornets à parois sans vibrations propres, en étoffe et papier, par

exemple. Pour enregistrer, il faut employer un cornet pas trop long, 60 centimètres au plus, et constitué par des parois non ou peu vibrantes, du papier goudronné, du zinc épais, recouvert à l'intérieur et à l'extérieur par des bandes de diachylon, et une épaisse couche de gomme laque ou par les éléments isolateurs des câbles pour lumière électrique.

Il faut toujours employer la même vitesse de rotation du cylindre pour l'enregistrement et pour la reproduction.

La multiplication par coupe des cylindres enregistrés est des plus recommandables contre l'usure et les risques de casse, la copie directe sur cylindre de même taille est moins avantageuse.

II. — Les sons émis par les instruments de musique et par la voix chantée sont pareillement reproduits par le phonographe quelle que soit leur hauteur. La sensibilité du phonographe pour les sons faibles et les nuances du chant est malheureusement de beaucoup inférieure à celle de notre oreille, ce qui diminue les éléments du diagnostic.

Les défauts du chanteur, et les altérations de sa voix, surtout de son timbre, sont impitoyablement reproduits par le phonographe, quand le chant enregistré est de forte ou moyenne intensité. Cela doit être utilisé le cas échéant pour montrer au chanteur malade l'étendue et la marche de son mal.

La voix articulée subit des modifications spéciales dans le phonographe. Les consonnes, *f*, *b*, et *p*, *d*, *t*, et *r* lingual, *r* guttural, *ug y* (semi voyelle) *h* et *k* sont presque toujours parfaitement reconnaissables à la reproduction ; *s* sonore et muet, *sch*, *z*, ne sont pas reconnaissables au phonographe ; ils prêtent à confusions assez typiques, *m* est pris pour *w* ; *g* (dur) pour *d* ou *t* ; *l* et *n* ont été rarement pris l'un pour l'autre ; ils se confondent plus souvent et de façon typique avec *g* (dur) et *h* (?).

En somme, la moitié des articulations vocales sont reproduites de façon à être parfaitement reconnues. Mais cela dépend encore énormément de la connaissance ou ignorance du texte et de langue du phonogramme par l'auditeur. D'ailleurs, cette question de la phonétique par le phonographe n'est pas encore bien mûre et l'auteur ne veut pas s'y aventurer davantage.

III. — Etant donné l'état actuel du phonographe et de nos connaissances sur ses facultés de reproduction, il ne faut pas, au point de vue de l'examen des troubles vocaux, demander à cet instrument plus qu'il ne peut donner.

L'auteur avait montré il y a deux ans, à propos d'un cas de voix de fausset persistant, le profit que l'on pouvait tirer du pho-

nographe dans des limites déterminées pour l'investigation pathologique des troubles vocaux, la constatation et le contrôle des résultats du traitement, enfin pour l'enseignement clinique et physiologique. Aujourd'hui, il présente des phonogrammes relatifs à deux cas de troubles vocaux. Chez le premier malade, il a enregistré, sur un même cylindre, trois fois de suite le même passage, c'est-à-dire : 1° avant toute intervention ; 2° après suppression d'épreuve par la cocaïne d'un gonflement intense de la muqueuse des fosses nasales ; 3° après suppression par le même procédé d'une tuméfaction de la paroi postérieure du larynx. La comparaison de ces trois enregistrements successifs a montré que le grave trouble d'intonation et l'altération du timbre du malade ont subi, après la première intervention, les changements suivants : les troubles de l'intonation graves sont en moindre nombre ; en certains points, on entend bien plus nettement un son étranglé ; le timbre est devenu métallique et éclatant. Après la seconde intervention les troubles de l'intonation ont considérablement diminué.

Chez le second malade, atteint de voix étranglée, les mêmes interventions d'épreuve suivi d'enregistrement phonographique ont amené à un pronostic très réservé. Un phonogramme pris après 6 mois de traitement local et gymnastique a montré en effet, par comparaison avec les premiers, que malgré une grande amélioration il n'y avait pas guérison.

De ces faits et de bien d'autres, il résulte que le phonographe est à même d'aider beaucoup au diagnostic ainsi qu'à la détermination des troubles mécaniques des organes de la phonation.

Si on combine avec ces renseignements ceux fournis par l'enregistrement phonographique de la voix chantée dans toute son étendue et dans ses différents registres, on ajoute des éléments pour un diagnostic plus exact. Ainsi donc le phonographe par la fixation des états différents de la voix avant et pendant le traitement permet non seulement leur diagnostic plus précis mais encore une notion exacte de la marche de la maladie.

NOUVELLES

Par arrêté en date du 1^{er} janvier 1902, M. le Dr Sebileau, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des Hôpitaux de Paris, est nommé chef du service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Lariboisière, en remplacement de M. le Dr Gouguenheim, décédé.

**Date des réunions générales à Londres en 1902
des Sociétés spéciales.**

La *British laryngological rhinological and otological association*, se réunira à Chandos Street, n° 11, Cavendish Sq. Les vendredis 10 janvier, 14 mars (dîner annuel), 9 mai, 11 juillet, 7 novembre.

La *Laryngological Society of London* se réunira à Hannover Sq. n° 20 à 5 heures du soir, les vendredis 10 janvier (dîner annuel) 7 février, 7 mars, 4 avril, 2 mai, 6 juin.

La *Otological Society of the United Kingdom*, se réunira à Chandos Street, n° 11, Cavendish Sq. : à 4 heures et demie du soir, les lundis 3 février, 3 mars, 5 mai, 1^{er} décembre (dîner annuel).

La *Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris*, se réunira le vendredi 28 février à 10 heures du matin à la clinique du Dr Boulay, 1, rue de Condé.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives

BOMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à soupe contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment constitutive. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉRER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Infiammazioni e tumori nei seni sfenoidali, par le Dr ENRICO SECRETI (Roma. — Casa editrice Gran Mundo, 1 vol. in 8° de 110 p., avec figures 1902).

Maladies de la voix, par A. CASTEX. C. Naud, éditeur, Paris, 1902.

Contribution à l'étude de la bactériologie des otites moyennes aiguës (Travail du laboratoire de M. le Dr Lermoyez), par le Dr H. COUSSEAU, Naud, éditeur, Paris, 1901.

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

